

様式第1号

意思疎通支援者派遣申請書

令和 年 月 日

(予約 : 緊急)

氏 名		FAX	
住 所	安達郡大玉村玉井・大山		

利用年月日	令和 年 月 日		
時 間	午前 時 分 ~ 午前 時 分 午後 時 分		
待ち合わせ 時 間	時 分	待ち合わせ場所	
通 訳 場 所			
派 遣 者	☐ 手話通訳者 ☐ 要約筆記者		
内 容			
【地図など】			

上記申請書記載のとおり意思疎通支援者を派遣してください。

令和 年 月 日

一般社団法人福島県聴覚障害者協会 様

大玉村長 押 山 利 一

※申請書の提出先：健康福祉課社会福祉係

FAX 0243-48-3137