

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		

利用年月日	令和 年 月 日			
時間	午前 午後	時 分 ~	午前 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	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 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：福祉課社会福祉係

FAX 0243-48-3137