

徳島県意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

社会福祉法人徳島県社会福祉事業団 理事長 様

住所・所在地

申請者 氏名・名称

F A X ( )

電 話 ( )

徳島県意思疎通支援事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり意思疎通支援者(手話通訳者)の派遣を申請します。

通 訳 日 時	年 月 日 ( )		時 分から
			時 分まで
通 訳 場 所 (待合わせ場所)	名 称		
	所 在 地		
	F A X ・ 電 話		
	待合わせ時間	時 分	
派 遣 対 象 の 聴覚障がい者等	第7条に規定する広域的な行事の場合は、行事等の概要、派遣対象となる聴覚障がい者等の人数及び複数の市町村からの参加である旨を記載すること。		
通 訳 内 容			
情 報 保 障 の 方 法	手話通訳		
そ の 他			
申 込 先	〒770-0005 徳島市南矢三町2丁目1-59 社会福祉法人徳島県社会福祉事業団 徳島県立障がい者交流プラザ 視聴覚障がい者支援センター FAX: 088-631-1500 電話: 088-631-1400		