様式第１号（第10条関係）

要約筆記

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

ＦＡＸ　　（　　）

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(要約筆記者)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	
	ＦＡＸ・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	□ パソコン要約筆記　□ ＯＨＣ手書き □ ノートテイク（手書き・パソコン）	
その他		
申込先	〒７７０－０００５ 徳島市南矢三町２丁目１－５９ 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	