

(第2号様式)

千歳市通訳者等派遣申請書(FAX申請兼用)

受付番号

令和 年 月 日

社会福祉法人

千歳市社会福祉協議会

会 長 井 上 英 幸 様

申請者

住所

氏名(団体名)

(担当者名)

電話・FAX

次のとおり、(手話通訳者 ・ 要約筆記者)の派遣を申請します。

|      |                        |
|------|------------------------|
| 派遣日時 | 令和 年 月 日( ) 時 分～ 時 分   |
| 派遣場所 | 住所<br>会場<br>電話番号 FAX番号 |
| 申請事由 |                        |
| 要約筆記 | OHC ノートテイク(手書き)        |

※申請先 千歳市社会福祉協議会 FAX0123-27-2528

※以下、記入しないでください。

|      |    |    |    |   |
|------|----|----|----|---|
| 事務局長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
|      |    |    |    |   |

令和 年 月 日

次のとおり決定してよろしいか。

1. 派遣する。

派遣対象区分 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10

派遣手話通訳者名

派遣要約筆記者名

2. 派遣しない。

(理由)