

## 手話通訳者派遣申請書

平成〇〇年〇月〇日

社会福祉法人 宇都宮市障害者福祉会連合会 御中

(FAX 028-636-1219)

手話通訳者の派遣を、依頼いたしますのでよろしくお願いいたします。

1	申請者	氏名 宇都宮 一郎 (〇〇歳) 住所 宇都宮市〇〇1丁目1番5号 電話・FAX番号 〇〇〇—〇〇〇〇
2	派遣対象の聴覚障がい者等	(申請者と同じ場合は、記載不要。)
3	派遣先	場所 △△病院□□科 (住所) 宇都宮市〇〇町115番地
4	通訳日時	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 月曜日 午前・午後 11 時 〇〇 分から 午前・午後 1 時 〇〇 分まで
5	待ち合わせ場所	△△病院□□科待合室
6	待ち合わせ時間	午前・午後 10 時 45 分
7	通訳内容	診察
8	連絡事項	昨日から頭が痛い

※ 派遣希望日の原則7日前(土・日・祝日・年末年始を除く)までに依頼してください。