**手　話　通　訳　者　派　遣　申　請　書**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**宇都宮市長　様**

**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　　　　　　　　　　　　　（　　歳）  住　所  電話・FAX番号 | | | | | | | | |
| 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  （住　所） | | | | | | | | |
| ４ | 通 訳 日 時 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 曜日 |
| 午前・午後 | | |  | 時 |  | 分　から | | |
| 午前・午後 | | |  | 時 |  | 分　まで | | |
| ５ | 待ち合わせ場所 |  | | | | | | | | |
| ６ | 待ち合わせ時間 | 午前・午後 | | |  | 時 |  | 分 | | |
| ７ | 通　訳　内　容 |  | | | | | | | | |
| ８ | 連絡事項 |  | | | | | | | | |

* 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。

**【送り先】**

**社会福祉法人　宇都宮市障害者福祉会連合会**

**（ＦＡＸ０２８-６３６-１２１９）**