

手話通訳者等派遣事業利用申請書

申請年月日

年

月

日

多治見市社会福祉事務所長

次のとおり手話通訳者等派遣事業の利用を申請します。

申請者等	氏名			利用申請に係る 児童氏名（18歳未満）	
	居住地	〒507－ 多治見市			
	電話	0572－	－	FAX	0572－
	携帯				
	メールアドレス				
	＊派遣する手話通訳者・要約筆記者・要約筆記奉仕員に対して、緊急時等に次の情報を提供することに同意します。（知らせてよいものに○を記入してください。） （ ）電話番号・FAX番号（ ）携帯電話番号（ ）メールアドレス				
利用希望年月日		年 月 日（ ）			
利用希望時間		午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分			
利用希望場所					
待ち合わせ場所					
待ち合わせ時間		午前・午後 時 分			
利用希望人数 （聴覚障害者数）		人（氏名 ）			
用務の内容					
派遣される 手話通訳者等 に関する希望		1．必要なコミュニケーション手段は何ですか？（ ）に○を記入してください。 （ ）手話通訳と要約筆記の両方（ ）手話通訳（ ）要約筆記 2．要約筆記の方法は次のどちらを希望されますか？（ ）に○を記入してください。 （ ）OHP・OHC（ ）ノートテイク 3．特に希望する手話通訳者・要約筆記者・要約筆記奉仕員がいる場合は、氏名をお書きください。 ＊ただし、ご希望に副えない場合もあります。			

