様式第20号（第26条関係）

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。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者等</td><td>氏　名</td><td></td><td>利用申請に係る
児童氏名（18歳未満）</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3">〒５０７－
多治見市</td></tr>
<tr><td>電　話</td><td>０５７２－　　－</td><td>ＦＡＸ</td><td>０５７２－　　－</td></tr>
<tr><td>携　帯</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">＊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</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望時間</td><td colspan="3">午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">待ち合わせ場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">待ち合わせ時間</td><td colspan="3">午前・午後　　時　　分</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用希望人数
(聴覚障害者数)</td><td colspan="3">人（氏名　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">用務の内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">派遣される
手話通訳者等
に関する希望</td><td colspan="3">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。</td></tr>
</table>