

佐倉市（手話・要約筆記）通訳申請書

（あて先）佐倉市長

申請日 平成25年12月1日

↓

社会福祉法人 千葉県聴覚障害者協会（必要に応じて市から連絡します）

氏名	佐倉 太郎	FAX	043 (484) 1742
		TEL	043 (484) 4164
住所	佐倉市 海隣寺町97番地		
☒ 手話通訳者 ☐ 要約筆記者 の利用を申請します （どちらかを○でかこんでください）			
①利用日 平成 25 年 12 月 13 日（ 金 曜日）			
②必要とする時間 10 時 00 分 から 11 時 30 分 まで			
③理由 （ 定期健康診断のため ）			
④待ち合わせ場所 健康管理センター入り口 で 9 時 50 分 に待ち合わせ			
備考			

下記は障害福祉課が記入します

申請書受信しました

平成 年 月 日

(1)設置手話通訳者（ ）が行きます
(2)県の通訳者になります
(3)その他 （ ）