

佐倉市(手話・要約筆記)通訳申請書

(宛先) 佐倉市長

申請日 令和 年 月 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	FAX ()
	TEL ()

住所
佐倉市

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 令和 年 月 日 (曜日)

② 必要とする時間

時 分 から 時 分 まで

③ 理由

[]

④ 待ち合わせ場所

で 時 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

令和 年 月 日

(1) 設置通訳者()が行きます

(2) 県の通訳者になります

(3) その他

[]