

様式第1号（第9条関係）

意思疎通支援者派遣申請書			
令和      年      月      日			
名護市福祉事務所長      殿			
申請者 住所		_____	
氏名(団体名)		_____	
担当者名		_____	
電話・FAX・メール		_____	
次のとおり、意思疎通支援者の派遣を申請します。			
派遣年月日	令和      年      月      日	(      ) 曜日	
派遣予定時間	時      分 ~ 時      分	待ち合せ	時      分
通 訊 場 所	_____		
待ち合わせ場所	_____		
通 訊 内 容	_____		
聴覚障がい者氏名	(※聴覚障がい者以外が申込場合)		
意思疎通支援者種別	<input type="checkbox"/> 手話通訳	<input type="checkbox"/> 要約筆記	
備      考	_____		

- (注) 1. 申請書は、派遣を受けようとする日の7日前までに提出してください。  
 また、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。  
 2. 団体等が申請するときは、通訳者等配置図及び資料を添付してください。

**申込先**      〒905-8540  
 名護市港一丁目1番1号  
 名護市役所 社会福祉課 障がい給付係  
 TEL：0980-53-1212(内124)  
 FAX：0980-53-1280  
 メールアドレス：syuwa@city.nago.lg.jp

※緊急時意思疎通支援者派遣：夜間・土日の病院受診等、緊急に通訳が必要な場合

【受付時間】 平日（17時15分～翌日8時30分）、土日・祝日

【申込先】 〒903-0804 那覇市首里石嶺町4丁目373番地1  
 一般社団法人 沖縄県聴覚障害者協会 沖縄聴覚障害者情報センター  
 電話：080-2709-2865 / メールアドレス：jo-sen2865@docomo.ne.jp

- ①氏名 ②住所（名護市・・・） ③派遣場所 ④派遣時間  
 ⑤内容を電話またはメールでお知らせください。