

様式第1号 (第9条関係)

<p>意思疎通支援者派遣申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>名護市福祉事務所長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">_____ 氏名(団体名)</p> <p style="text-align: center;">_____ 担当者名</p> <p style="text-align: center;">_____ 電話 FAX</p>			
<p>次のとおり、意思疎通支援者の派遣を申請します。</p>			
<p>派遣年月日</p>	<p>年 月 日 () 曜日</p>		
<p>派遣予定時間</p>	<p>時 分 ~ 時 分</p>	<p>待ち合せ</p>	<p>時 分</p>
<p>通訳場所</p>	<p>_____</p>		
<p>待ち合わせ場所</p>	<p>_____</p>		
<p>通訳内容</p>	<p>_____</p>		
<p>聴覚障がい者氏名</p>	<p>(※聴覚障がい者以外が申込場合)</p>		
<p>意思疎通支援者種別</p>	<p><input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記</p>		
<p>備 考</p>	<p>_____</p>		
<p>(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。</p> <p>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。</p>			
<p>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 障がい福祉係 TEL : 0980-53-1212(内124) FAX : 0980-54-3813 メールアドレス : syuwa@city.nago.lg.jp</p>			
<p>※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</p> <p>【受付時間】 平日（17時15分～翌日8時30分）、土日・祝日</p> <p>【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</p> <p>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。</p>			