

手話通訳者・要約筆記奉仕員 派 遣 申 請 書

令和 〇年 〇月 〇日

大崎市長 様

住 所 〒989-6188 大崎市古川七日町 1-1

氏 名 大 崎 太 郎

希望する方に○又は
不要な方に棒線を引
いて下さい。

連絡先 電 話 0 2 2 9 - 2 3 - 2 1 6 7

F A X 0 2 2 9 - 2 3 - 2 4 1 8

下記の事由により、手話通訳者・要約筆記奉仕員の派遣について申請します。
記

派遣日時	令和 〇年△月△日（金）午後 2：00 ～午後 3：30			
派遣場所	名 称	〇〇病院		
	住 所	大崎市古川〇〇〇〇〇		
待合わせ	時 間	午後 1：40	場 所	病院の正面玄関
依頼の内容（派遣を必要とする番号を○でかこんでください。）				
1. 公的機関への用務。 ② 病院等における医療に関する用務。 3. 学校、保育所等における教育又は保育に関する用務。 4. 市又は福祉関係団体が実施する事業に関する用務。 5. その他日常生活及び社会生活を営むのに必要と認められる用務。 （内容： 次女の 8 ～ 9 か月児健康診査 ）				
その他派遣依頼に当たって連絡しておきたい事項等				
当日の内容が分かるように記入してください。また、案内文やチラシの写し、医療機関の受診内容が記載された書類など詳細がわかるものがある場合は添付していただきますようご協力願います。				