長井市意思疎通支援事業利用申請書				
				年 月 日
長井市長 様				
下記の内容により、手話通訳・要約筆記等の派遣調整を依頼します。				
利 用 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所		身体障害者 手帳番号	第 号
緊急時の連絡先 (FAX、メールアドレス等)				
利用希望の理由				
利 用 希 望 日	年 月 日 時 分 から 時 分まで			
支 援 の 種 類	手話通訳 ・ 要約筆記			
派 遣 場 所				
待合せ場所・時間			時 分	
備 考				

※申請者氏名欄には、当日通訳を必要とする者の氏名を記入してください。

※派遣内容については、できるだけ詳しく記入してください。また、会議等の案内文や要綱等の参考資料がある場合は添付してください。