

意思疎通支援者派遣事業利用申請書

令和 年 月 日

幸田町長 様

下記のとおり、手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

氏 名

(ふりがな) 利用者氏名		性 別	生年月日
		男 ・ 女	年 月 日 歳
住 所 連 絡 先	〒444－ 幸田町大字 FAX MAIL TEL		
派遣希望 日 時	令和 年 月 日 曜 日 時 分 ～ 時 分		
派遣内容			
派遣場所			
待ち合わせ 場所・時間			
備 考			

(幸田町役場 福祉課 FAX:0564-56-6218 E-mail:fukushikaigo@town.kota.lg.jp)