

秋田県意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

秋田県聴覚障害者支援センター所長

〒

所在地 _____

申請者 名称 _____

F A X _____

電 話 _____

担当者 _____

秋田県意思疎通支援事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

| | | |
|--------------------------|-------------|-----------|
| 通 訊 日 時 | 年 月 日 () | |
| | 時 分 | 時 分 |
| 通 訊 場 所 (待合わせ場所) | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| | F A X ・ 電 話 | |
| | 待合わせ時間 | 時 分 |
| 事 前 打 合 せ | 有 無 | 年 月 日 () |
| | | 時 分 |
| | | 時 分 |
| | | 場所： |
| 派 遣 対 象 の 聴 覚 障 害 者 等 | | |
| 通 訊 内 容 | | |
| そ の 他 | | |

※(1)公機関が申請する場合は、県障害福祉課長（TEL 018-860-1332）又は県地域振興局福祉環境部長（連絡先等については別表1のとおり）あてに申請してください。

(2)それ以外の団体等が申請する場合は、秋田県聴覚障害者支援センター所長あてに申請してください。

(秋田県聴覚障害者支援センター TEL 018-874-8113 FAX 018-862-1820)