

秋田県意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

- ※(1)秋田県健康福祉部障害福祉課長
- ※(2)秋田県〇〇地域振興局福祉環境部長
- ※(3)秋田県聴覚障害者支援センター長

〒

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
		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)