**送付先　仙台市障害者福祉協会　FAX : ０２２－２６６－０２９２**

**メールアドレス :** **sotsu@shinsyou-sendai.or.jp**

**手話通訳者**

**様式第１－１号**

**（）（）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

（宛先）仙台市長

　　〒

住　　　所

電話番号　（　　　　　）　　　　　－　　　　　FAX　（　　　　　）　　　－

メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　@

フリガナ

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（才　）

仙台市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 月日 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　（　　曜日） |
| 時間 | 午前　・　午後（　　　　）時　（　　　　）分　～　午前　・　午後（　　　　）時　（　　　　）分 |
| 場所 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 待ち合わせ | 時間 |  |
| 場所 |  |
| 内容 |  | （　　）コロナ受診（　　）遠隔通訳希望（　　）スマホ・タブレット所持 |

---------------------------------------（　以　下　記　入　し　な　い　で　く　だ　さ　い　）----------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡欄 | 　　　　　　　　　　　　　　　様　上記意思疎通支援者の派遣について□　手話通訳者　として　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を派遣します。　　　　※30分以上遅れた場合には、手話通訳者は帰ります。□　却下します。　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
|  |  | 受付確認 | 派遣確認 | 回答確認 |
| ／ | 　　　　　／ | 　　　　　／ |