

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

せんだいし いし そつうしえんしゃはけんしんせいしよけんはけんけつてい きやつか つうちしよ こじんよう

仙台市意思疎通支援者派遣申請書兼派遣決定(却下)通知書(個人用)

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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 却下します。(理由: _____)

受付確認

派遣確認

回答確認

/

/

/