

様式第1号（第5条関係）

手話通訳者・要約筆記者派遣申込書

年 月 日

（宛先）西尾市長

住 所

氏 名

F A X

下記のとおり、手話通訳者・要約筆記者を派遣してください。

派遣を希望する本人	ふりがな	生年月日
	氏 名	年 月 日
派遣区分	手話通訳者 ・ 要約筆記者 （該当するものに○印）	
派遣日時	年 月 日（ ） 午前・後 時 分から午前・後 時 分まで	
派遣場所 公的機関 医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 西尾市民病院（受診科名： ） ・ その他の病院（ ） ・ 保育園（ 保育園） ・ 小中学校（ 学校） ・ その他（ ） 	
待ち合わせ場所（ ）	待ち合わせ時間（午前・後 時 分）	
派遣内容		

注1 派遣申込みは1週間前までに行ってください。

*の欄は、記入しないでください。

* 決定内容	* 許可 ・ 不許可	* 決定番号 第 号
	* 通訳者氏名	