

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

令和3年 4月 1日

(宛先) 西尾市長

住所 西尾市寄住町下田22番地

氏名 西尾 太郎

FAX 0563-56-0112

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	にしお たろう	生年月日
	氏名	西尾 太郎	昭和35年 4月 1日
派遣区分	<input checked="" type="checkbox"/> 手話通訳者 ・ 要約筆記者 (該当するものに○印)		
派遣日時	令和3年 5月 10日 (月) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・後 9時 00分から <input checked="" type="checkbox"/> 午前・後 10時 00分まで		
派遣場所 公的機関 医療機関等	・ <input checked="" type="checkbox"/> 西尾市民病院 (受診科名: 内科) ・ 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 (総合案内前) 待ち合わせ時間 (<input checked="" type="checkbox"/> 午前・後 8時50分)			
派遣内容	診察		

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	