

吉岡町長 様

吉岡町意思疎通支援事業利用申請書

次のとおり、意思疎通支援事業の利用を申請します。

申請者	住所			年齢	
	氏名	印	FAX TEL		
派遣日時	年 月 日 () 時 分から 時 分				
派遣種類	1 手話通訳者 2 要約筆記者 (パソコン・手書き) 3 その他 ()				
派遣先	施設名称等		住所		
	待ち合わせ場所 (受付前、玄関前等)		FAX TEL		
派遣内容 (用 件)	参考になる資料を別途添付してください。				
希望する 意思疎通 支援者	1 意思疎通支援者氏名 _____ 2 特に希望はない				
依 頼	1 事前申し込み 2 事後報告 (意思疎通支援者氏名 _____)				
備 考					

(ファックスによる申請も可とする。)