様式第７号（第１１条第２項）

**○○**年**○○**月**○○**日

　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　**四街道市大日○○番地**

申請者　氏　　名　**四街道　花子**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先　**○○○-○○○-○○○○**

四街道市意思疎通支援者派遣申請書

　四街道市意思疎通支援事業実施要綱第１１条第２項の規定により、次のとおり意思疎通

支援者（手話通訳者・**要約筆記者**）の派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**１０**時**００**分から　**平成○○**年**○○**月**○○**日（　**金**　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**１４**時**３０**分まで |
| 派遣場所等 | 名称 | **○×病院** |
| 所在地 | **四街道市○○××番地** |
| 電話番号ＦＡＸ番号メールアドレス | **○○○-○○○-○○○○****○○○-○○○-○○○○****○○○○＠○○○○** |
| 待ち合わせ時間 | 　**１０時００分** |
| 派遣対象の聴覚障害者等 | 　**四街道　みどり** |
| 派遣内容 | 　**○○の診療のため**。 |
| その他 |  |