

第3号様式（第7条関係）

立川市手話通訳者派遣申請書

年 月 日

立川市長 殿

FAX : 042-529-8676

（立川市役所障害福祉課内）

申請者

住 所 立川市 町

氏 名

F A X 042 ()

※手話通訳者とのスケジュールの調整が必要なため、申請は、1週間前までが原則です。
（緊急時は、ご相談ください。）

次のとおり、手話通訳者の派遣の申請をします。 ※太わく内は、もれなく書いてください。

希望する通訳者	1 日本手話（ろう者が多く利用する手話） 2 日本語対応手話（中間手話又は中途失聴者が多く利用する手話） 3 どちらでも可
日 時（待合せ）	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
場 所	※ 待ち合わせ場所等を <u>詳しく</u> 書いてください。
理 由 番号に○をつけて （ ）内に用件を必ず ご記入ください。	1 健康増進及び通院に関すること。 （ ） 2 官公庁等への届出及び手続きに関すること。 （ ） 3 福祉及び教育に関すること。 （ ） 4 文化、教養及びスポーツに関すること。 （ ） 5 職業及び仕事に関すること。 （ ） 6 家庭、地域社会等に関すること。 （ ）
備 考 欄	