

### 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 (      ) \_\_\_\_\_

下記により、手話通訳者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、中途失聴者が多く利用する手話）
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詳しく書いてください。
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・通院に関すること (      ) 2 官公庁等への届出・手続きに関すること (      ) 3 福祉・教育に関すること (      ) 4 文化・教養・スポーツに関すること (      ) 5 職業・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	

**\*\*手話通訳者とのスケジュールの調整が必要なため、申込は、1週間前までが原則です。\*\***  
..... 以下は記入しないでください。 .....

※ 担当者記入欄

1 申し込み理由が適当であり下記により派遣するものとする。 2 申し込み理由が不適当であり派遣しないものとする。	
派 遣 日 時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
通 訳 者 氏 名	