

別記様式第1号

新潟市意思疎通支援派遣申請書

年 月 日

(宛 先) 新潟市長

申請者 住所
 氏名または団体名
 担当者名 (団体の場合)
 連絡先電話番号
 連絡先FAX

通訳者等を必要とする理由 (「受診」, 「面接」 または「演題」等を記入してください)	参加予定人数 (会議, 行事の場合) 人のうち聴覚障がい者人数 人		
	必要とする通訳者等の人数	手話通訳 人	要約筆記 人
派遣日時	年 月 日 (曜日)		
	午前・後 時 分 から 午前・後 時 分まで		
派遣場所	派遣場所名		
	所在地		
連絡事項			
確認事項 (いずれかに○をつけてください)	要約筆記	OHP・OHC・ノートテイク・パソコン 指定なし	
	参考資料	添付・後日送付・特になし	
	事前打ち合わせ	あり・なし	

処理欄 (注) 太枠内は記入しないでください

<input type="checkbox"/> 派遣する		<input type="checkbox"/> 派遣しない		受付	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 手話通訳者・奉仕員				通知	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 要約筆記者・奉仕員				起案	年	月	日	
<input type="checkbox"/> その他				決裁	年	月	日	
課長	課長補佐	係長	担当者・職・氏名					印