

様式第1号(第8条関係)

FAX:0795-42-6862

年 月 日

手話通訳派遣(変更)申請書

加東市長 様

(申請者)

住所

氏名

印

連絡先電話 () -

下記の理由により、加東市手話通訳派遣を利用したいので申請します。

1 手話通訳派遣を必要とする対象者等

派遣対象者の住所			
派遣対象者の氏名		FAX番号	
申請者との続柄			

2 手話通訳派遣を必要とする理由(派遣の目的)

3 手話通訳派遣の場所及び日時

派遣の日時	年 月 日(曜日) 時 分から 年 月 日(曜日) 時 分まで <u>合計派遣時間 時間 分(30分単位)</u>
行 先 (所在地)	
待合せ場所・時間	(時 分)
手話通訳者等の選定についての要望等	(該当に○) 1. 市の選定に任せる。 2. ひょうご通訳センターの手話通訳者を利用したい。 3. 軽易な内容であっても准手話通訳者(※)ではなく、手話通訳者を派遣してほしい。 (その他)

※加東市では手話通訳者及び准手話通訳者を登録しています。准手話通訳者は、手話通訳者に准ずる能力を有する者で、派遣業務内容は、申請手続・会議など特に権利の侵害等がないものに限られます。