

第 1 号様式

手話通訳者等派遣申請書

申請日 ○年 ○月 ○日

香取市長 様

申 請 者 名	香取 太郎	電話番号0000-00-0000
住 所	香取市佐原口 2 1 2 7	FAX 番号0000-00-1111
派 遣 内 容	手話通訳者 ・ 要約筆記者	
○年 ○月 ○日 ○曜日 ○○病院へ通院 のため（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。		
手話通訳者等が必要なのは○○時○○分から○○時○○分までです。 待ち合わせは ○○病院 受付前 で ○○時○○分 です。		
備考		
連絡先 香取市役所障がい者支援班 電話番号 0 4 7 8－5 4－1 1 1 1 FAX番号 0 4 7 8－5 5－1 8 8 5		