

吹田市聴覚障害者等意思疎通支援事業利用申請書

平成 年 月 日

吹田市長宛

申請者 住 所

氏 名

電話番号

F A X 番号

対象者との続柄

聴覚障害者等意思疎通支援事業の利用を次のとおり申請します。

対象者	住 所	※ 吹田市				
	氏 名	※				
	生年月日	年	月	日生 ( 歳)	性 別	男 ・ 女
	FAX 番号	※				
派 遣 日	平成 年 月 日 ( )					
派 遣 時 間	午前 午後	時 分	から	午前 午後	時 分まで	
待ち合わせ時刻	午前 午後	時 分	待ち合わせ場所			
派 遣 場 所						
通訳する内容						
希 望 依 頼 先	<希望があれば書いてください>					

備考 対象者と申請者が同一の場合は、※印の欄の記入は不要です。

-----  
上記申請に基づき別紙のとおり決定してよろしいですか。

決	平成 年 月 日					
	参事	主幹	主査	係員	担当	公印
裁						