

吹田市聴覚障害者等意思疎通支援事業利用申請書
(手話通訳用)

年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住 所

氏 名

電話番号

FAX番号

対象者との続柄

次のとおり聴覚障害者等意思疎通支援事業の利用を申請します。なお、手話通訳者派遣にあたり、当申請書記載事項のほか手話通訳時の個人情報を利用することについて同意します。

対象者	住 所	※ 吹田市				
	氏 名	※				
	生年月日	年	月	日(歳)	性 別	男 ・ 女
	FAX 番号	※				
派 遣 日	年 月 日 ()					
派 遣 時 間	午前 午後	時	分から	午前 午後	時	分まで
待合せ時間	午前 午後	時	分	待合せ場所		
派 遣 場 所						
通訳する内容	<input type="checkbox"/> 遠隔手話通訳希望					
希 望 依 頼	<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 裁	年 月 日					
	参事	主幹	主査	担当	作成者	公印