

手話通訳者派遣申請書

空知

栗山町長 様

(申請日)
 年 月 日

機 関 ・ 団 体 ・ 個 人 申 請 者	住所
	氏名
	連絡先 (電話)
	(ファクス)

太枠内のみ記入してください

通訳日時	月 日(曜日) 時 分～ 月 日(曜日) 時 分(時間 分)
通訳場所	住所 : 名称等 : 電話 : ファクス :
対象聴覚障害者	氏名 : 居住地 : 栗山 市・町・村 / ほか 名 ファクス : 電話 :
通訳内容	

連盟使用欄 派 遣 決 定 書

受理日		決定日		通知日	
<input type="checkbox"/> 派遣する		<input type="checkbox"/> 派遣しない		理由:	分類
通訳時間			派遣者氏名(居住市町村)		
合計時間(予定) 時間 分 <input type="checkbox"/> 基本時間内 <input type="checkbox"/> 超過時間 時間 分 発生	1	()	4	()	
	2	()	5	()	
	3	()	6	()	
待ち合わせ					
時間		場所		相手	
特記事項					
変更			取消		
処理欄	連盟	情報センター		担当	派遣完結
					月 日