様式第２号（第９条関係）

意思疎通支援者派遣申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　美幌町長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　(代表者氏名)

　　　　　　　　　　　　　　　年 　　　 齢　　　　　　　歳

　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　　　　　　　－　　－

　美幌町意思疎通支援事業実施要綱第９条の規定に基づき、次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派 遣 日 | 年　　月　　日　　　　（　　曜日） | 通訳時間 | 　　　　時　　分から　　　　時　　分まで |
| 通訳派遣依頼内容 |  |
| 場　　所 | 通訳を行う場所 |  | 略図（待ち合わせ及び通訳を行う場所） |
| 所 在 地 |  |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 待ち合わせ時間 | 　　　　時　　分 |
| ※その他 | 打合せ | 　　　　　年　　月　　日事前　　　時　　分～　　時　　分事後　　　時　　分～　　時　　分 |

※原則、事前・事後の打合せを行います。なお、通訳依頼内容等により時間を調整します。