　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　受付印

宇美町手話通訳者派遣申請書

宇美町長　様

ＦＡＸ　９３３－７５１２

申請日　　　　年　　　月　　　日（　　 　曜日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申  請 者 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 宇美町  FAX　　　　　－　　　　　・TEL　　　　　－ |
| 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先  （　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　　　） |
| 派 遣 年 月 日 | | 年　　　　　月　　　　日（　　　　　　曜日） |
| 派遣予定時間 | | （午前・午後）　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分 |
| 通　訳　場　所 | |  |
| 通 訳 の 内 容 | | ※通訳内容を選んでください。   1. 医療・生命・健康　　　（病院の受診・通院・入退院等） 2. 権利・法律　　　　　　（届け出等） 3. 就労　　　　　　　　　（求職・退職・労働条件等） 4. 福祉・行政事務手続き　（福祉相談・申請等） 5. 住居　　　　　　　　　（住宅相談・入居説明会等） 6. 教育・保育　　　　　　（授業参観・懇談会・PTA会等） 7. 人間関係　　　　　　　（家庭・職場・地域問題等） 8. 文化・教養　　　　　　（講座・講演会・研修会等） 9. 社会生活　　　　　　　（各種相談・諸契約・集会等） 10. その他　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 待合わせ時間 | | （午前・午後）　　　　　　時　　　　　　分 |
| 待合わせ場所 | |  |
| 事前に知らせて  おく内容 | |  |

申込書は、原則として事前に提出してください。なお、資料等があれば添付してください。