

様式第9号（第14条関係）

沖縄市意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

沖縄市福祉事務所長 様

申請者 住所
氏名
電話
FAX

次のとおり沖縄市意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

| | |
|----------------|-------------|
| 派遣年月日 | 年 月 日（曜日） |
| 派遣予定時間 | 時 分から 時 分まで |
| 通訳内容 | |
| 通訳場所 | |
| 待ち合わせ時間 | 時 分 |
| 待ち合わせ場所 | |
| 聴覚障害者人数 | |
| 事前に知らせておくべき内容等 | |
| 備考 | |

(注) 1 申請書は、派遣を受けようとする日の7日前（土曜日、日曜日、国民の祝日及び年末年始を除く。）までに提出してください。また、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。

2 団体等が申請するときは、通訳者等配置図及び資料を添付してください。