

F A X送信先 二本松市役所福祉課 F A X 2 2 - 1 5 4 7

※7日前までに申し込みしてください。

第6号様式(第6条関係)

手話通訳者派遣申請書

きんきゅう よやく
【 緊急・予約 】

令和 年 月 日

二本松市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

F A X 番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり手話通訳者を派遣くださるよう申請します。

記

1 日時 令和 年 月 日 ()
午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分

2 場所及び内容

(1) 通院 医療機関名 ()
予約時間 ()
受診 ・ 検査

(2) 行事 行事名 ()

(3) その他 ()

待ち合わせ場所 _____

※該当するところに○をしてください。