第６号様式(第６条関係)

手話通訳者派遣申請書

【 ・ 】

令和　　年　　月　　日

　二本松市長

申請者　住所

氏名

ＦＡＸ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。