

長岡市意思疎通支援者派遣申請書

令和 年 月 日

長岡市長様

☐通常のとき
(FAX32-0160)
☐緊急のとき
(FAX35-1125)

申請者 住所 長岡市

氏名

電話 FAX

*どちらかにレ印を付けてください。

次のとおり申請します。

派遣日	令和 年 月 日 (曜日)
派遣時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで (待ち合わせ時刻：午前・午後 時 分)
派遣場所	住所： 名称： 電話：() (待ち合わせ場所：)
派遣の内容	☐公的機関での手続、相談 ☐教育や保育の相談等 ☐会議・集会 ☐その他 〔名称 参加者総数 人 (うち聴覚障害者等 人)〕 〔*具体的〕
必要な意思疎通支援者	手話通訳 人 要約筆記 (☐ 手書き ☐ パソコン) 人
備考	※ 市に事前に連絡したいことなどがあればお書きください。 ※ 意思疎通支援者の指名はできません。

※長岡市記入欄	上記の申請について、次のとおり決定し、別紙により通知してよいでしょうか。					
	課長	課長補佐	係長	係	受付	・ ・
					起案	・ ・
					決裁	・ ・
	決定区分	☐派遣する。(派遣者：) ☐派遣しない。(理由：) ☐紹介する。(派遣者：)				受付番号