

手話通訳者

様式第1-1号

せんだいし いし そつう しえんしゃ はけん しんせいしよけん はけん けつてい きゃつか つうちしよ  
 仙台市意思疎通支援者派遣 申請書 兼 派遣 決定 (却下) 通知書

年 月 日

(宛先) 仙台市長

フリガナ  
 氏 名

電話番号 ( ) - FAX ( ) -

メールアドレス @

仙台市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

月 日	年 月 日 (曜日)	
時 間	午前・午後( )時( )分 ~ 午前・午後( )時( )分	
場 所	名称	
	住所	
待ち合わせ	時間	
	場所	
内 容	<input type="checkbox"/> コロナ受診 <input type="checkbox"/> 遠隔通訳希望 <input type="checkbox"/> スマホ・タブレット所持	

----- (以下記入しないでください) -----

連絡欄	様		
	上記意思疎通支援者の派遣について <input type="checkbox"/> 手話通訳者として _____ を派遣します。 ※30分以上遅れた場合には、手話通訳者は帰ります。 <input type="checkbox"/> 却下します。(理由: _____)		
	受付確認	派遣確認	回答確認
	/	/	/