

様式第 1 号

我孫子市手話通訳者及び要約筆記者派遣申請書

令和 年 月 日

我孫子市長あて

申 請 者

住 所 我孫子市

FAX 番号

手話通訳者・要約筆記者の派遣を受けたいので、下記の通り申請します。

日 時	令和 年 月 日 () 時 分 から 時 分 まで
場 所	
理 由	
待合わせ	時 分 に で
※備 考	

※発熱などコロナ感染の疑いがある時は、「遠隔手話サービス希望」と記入してください。

通訳者氏名		受 付	
-------	--	--------	--

申請者・住所・FAX 番号、及び 太枠の部分をご記入ください。

手話通訳者または要約筆記者に○をつけてください。

<お問い合わせ先 >

我孫子市役所 障害者支援課

FAX 04-7183-1158

E-Mail syuwa-unakiti@city.abiko.chiba.jp