様式第７号（第11条関係）

秋田県意思疎通支援者派遣申請書

年　　　月　　　日

秋田県聴覚障害者支援センター所長

　　　〒

場　所

申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

電　話

担当者

秋田県意思疎通支援事業実施要綱第１１条の規定により、次のとおり意思疎通支援者（手話通訳者・要約筆記者）の派遣を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通訳日時 | 年　　　月　　　日（　　　）  時　　　分から　　　時　　　分まで | |
| 通訳場所  （待合わせ場所） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ＦＡＸ・電話 |  |
| 待合わせ時間 | 時　　　　分 |
| 事前打合せ | 有　　無 | 年　　　月　　　日（　　　） |
| 時　　　分から　　　　時　　　分まで |
| 場所： |
| 派遣対象の  聴覚障害者等 |  | |
| 通訳内容 |  | |
| その他 |  | |

※⑴公機関が申請する場合は、県障害福祉課長（TEL 018-860-1332）又は県地域振興局福祉環境部長（連絡先等については別表１のとおり）あてに申請してください。

⑵それ以外の団体等が申請する場合は、秋田県聴覚障害者支援センター所長あてに申請してください。

（秋田県聴覚障害者支援センター　TEL 018-874-8113　FAX 018-862-1820）