第４号様式

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)

＊どちらかにレ印を付けてください。

申請者　住所　長岡市

氏名

電話　　FAX

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　□医療機関での診察・検診 □教育や保育の相談等　□就職や職業の相談等 □会議・集会（名称 参加者総数　　人（うち聴覚障害者等　　人）） □その他（＊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	※　市や意思疎通支援者に事前に連絡したいことなどがあればお書きください。

※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