

様式第7号（第12条関係）

愛媛県意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

住所・所在地 \_\_\_\_\_

申請者 氏名・名称 \_\_\_\_\_

FAX・電話 ( ) \_\_\_\_\_

愛媛県意思疎通支援事業実施要綱第12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		
	F A X ・ 電 話		
	待 合 せ 時 間	時 分	
派 遣 対 象 の 聴 覚 障 害 者 等	〔 第9条に規定する広域的な行事の場合は、行事等の概要、派遣対象となる聴覚障害者等の人数及び複数の市町からの参加である旨を記載すること。 〕		
通 訳 内 容			
そ の 他			