

松戸市手話通訳者等派遣申請書

(宛先) 松戸市長

申請日 令和 年 月 日

申請者	氏名		F A X	()
			TEL	※TELできない方は、記入不要 ()
			mail	
	住所			
対象者 (聴覚障害者)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はし点でチェックし、記入不要	F A X	()
			mail	
	住所	松戸市		
下記により、手話通訳者・要約筆記奉仕員 の利用を申請します。				
利 用 日	令和 年 月 日 (曜日)			
必要とする時間	時 分 から 時 分 まで			
内 容 (具体的に記入)				
待合わせ場所	で 時 分に待合わせ			
<p>様 ※ 内容に変更のある時は早めにご連絡下さい。</p> <p>① <input type="checkbox"/> 上記申請を受信しました。(月 日 /) ※決定までお待ち下さい。</p> <p>② <input type="checkbox"/> 通訳者が決まりました。(月 日 /)</p> <p>担当通訳者氏名</p>				

※ 二重線の枠内を記入して下さい。

障害福祉課 設置FAX 047 (362) 8283

専用メール tsuuyakushinnsei@city.matsudo.chiba.jp