

様式第1号（第3条関係）

## 朝霞市手話通訳者等派遣申請書

社会福祉法人朝霞市社会福祉協議会 御中

申請者 ふりがな  
氏名

住所

FAX番号

電話番号

朝霞市社会福祉協議会手話通訳者等派遣事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

受付No.

派遣対象者	ふりがな	
	氏名	
派遣依頼日時		から まで
派遣場所	どちらかに○をつけてください 聴者通訳 ・ ろう者通訳	
派遣方法		
待ち合わせ 場所及び時間		
派遣内容	1生活 2医療 3教育 4職業 5社会参加 6法務 7その他 8緊急対応	
備考	動画配信媒体を活用する場合は、下記を記載のうえ【別紙1】も併せてご提出ください 媒体名( ) 配信期間( ~ )  手話通訳者	

決 裁 区 分	課長	課長補佐	係長	主査	専任	専任