

館 長	係 員	担 当

山口市意思疎通支援者派遣申請書兼決定通知書
（手話通訳）

年 月 日

山口市福祉事務所長 様

住 所
申請者 氏 名
連 絡 先 TEL
FAX

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

派 遣 日 時	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分
派 遣 場 所 （会 場 名 ・ 住 所）	
派 遣 内 容	
通 訳 対 象 者	① 申請者 ②申請者以外（ ）
備 考	待ち合わせ場所：

※下記の記入は、不要です。

申請のあった意思疎通支援者を以下のとおり決定しましたので、通知します。

氏 名
【連絡事項】

山口市福祉事務所長

年 月 日

【問い合わせ先】
社会福祉センターしらさぎ会館
担当 中西
TEL:083-922-3666
FAX:083-922-3669
Email:syuwa@yshakyo.or.jp