|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属長 | 係　員 | 担　当 |
|  |  |  |

様式第７－１号（第１２条関係）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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： |

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

※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 | 【問い合わせ先】  山口市社会福祉協議会  社会福祉センターしらさぎ会館  　　　　　　　　　担当　有吉・中西・新村  <TEL:083-922-3666>　　FAX:083-922-3669  Email:syuwa@yshakyo.or.jp | 年　　　月　　　日  山口市福祉事務所長 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 【連絡事項】 |