

所属長	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】

年 月 日

山口市福祉事務所長

【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