様式第6号（第7条関係）

手話通訳者派遣申込書

年　　月　　日

（宛先）桑名市長

記

桑名市手話通訳者の派遣を次のとおり申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 住所 | 〒511－8601桑名市中央町2丁目37番地 |
| 氏名 | 桑名　花子 | FAX等　２４－５８１２ |
| 申込みの概要 | 日時 | 年　　月　　日　　（曜日）※イベントの場合は開始時間を記入時　　　分　～　　　　　時　　分頃まで |
| 場所 | ○○整形外科　（名称、所在地） |
| 内容 | 教育・医療・保健・就労・文化教育・自治会・団体活動・会議・その他　　該当項目を〇で囲む※具体的にご記入ください |
| 待合わせ時間・場所 | 　　　〇〇時○○分　　　　○○整形外科待合室 |
| その他 | 講演会等開催時の現場担当者名　　　　　　　　　　　　　　 |