

様式第 6 号

新潟県盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業
通訳・介助員派遣申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 新潟県身体障害者団体連合会 様

次のとおり、通訳・介助員の派遣を申請します。

(代筆者氏名：)

盲ろう者申請者氏名	
-----------	--

派遣希望 日 時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
派遣場所 (外出先)	
派遣内容	※出来るだけ詳しく記入してください。
待ち合わせ 場所と時刻	場所： 時刻：午前・午後 時 分
送り先と 予定時刻	場所： 時刻：午前・午後 時 分
通訳・介助員 派遣応諾	・あり（通訳・介助員氏名：) ・なし（希望する通訳・介助員氏名：)
その他の 連絡事項	

【コーディネーター記入欄】	決定通知書番号	—
受付年月日	年 月 日	
他受付方法	・電話（代理電話者)	・メール
備 考		