

手話通訳者派遣依頼書

本様式は、インターネットから派遣依頼が利用できない場合に、FAXで依頼をするための様式です。

インターネットで派遣依頼をする場合には、右のQRコードから町田市ホームページにアクセスしてください。



町田市ホームページQRコード

申込日 **〇〇〇〇** 年 **5** 月 **25** 日

依頼者	名前	町田 太郎
	住所 (所在地)	町田市中町〇-〇-〇
	F A X	042-〇〇〇-〇〇〇〇
	電子メール	abc〇〇@〇〇〇.ne.jp (任意)

○ 下記の用件のため、手話通訳者の派遣を依頼します。

用件	〇年〇組保護者会
派遣日時	6月 1日(水) 14時 00分 ~ 15時 00分
待合せ時刻	13時 50分
派遣場所	名称 町田〇〇小学校
	所在地 町田市森野〇-〇-〇
待合せ場所	〇年〇組の教室前

※ 以下は記入しないでください。

通訳者氏名	
-------	--

受付印	受付番号

障がい福祉課 FAX:050-3101-3638

(24時間自動受信ですが、担当者の処理は開庁日の8時30分~17時となります。)

☆ 手話通訳の派遣依頼は、原則として**派遣日の4日前**までに行ってください。
※依頼日から派遣日まで土日祝日を挟む場合などに、通訳者の派遣ができないことがあります。