様式第７号（第１２条関係）

沖縄県意思疎通支援者派遣申請書

一般社団法人沖縄県聴覚障害者協会
会 長　野 原　龍 信　殿

申請者
住所
氏名
FAX・電話

沖縄県意思疎通支援者派遣事業実施要領第12条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者（　手話通訳者　・　要約筆記者　）の派遣を申請します。

通　訳　日　時	平成　　年　　月　　日（　）　　時　　分 から 時　　分 まで	
通　訳　場　所 （待ち合わせ場所）	氏　　名 （ 名 称 ）	
	住所 （所在地）	
	FAX ・ 電 話	電話： FAX：
	待合わせ時間	**時　　分**
派遣対象者の聴覚障害者等		
通　訳　内　容		
その他		

以下は記入不要です。

決済月日		派遣者			
		施設長	事務長	係	備　　考
内訳	司法	政治	(1)医療・保健　(2)司法　(3)社会生活　(4)労働・雇用　(5)教育・保育 (6)福祉推進・社会参加活動　（その他）		