

様式第7号(第13条関係)

年 月 日

美作市長 様

申請者 住所

氏名

FAX・電話

美作市意思疎通支援者派遣申請書

美作市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第13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。

派遣日時	年 月 日( ) 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分	
派遣場所	名称	
	所在地	
	FAX・電話	
待合せ	時間	午前・午後 時 分
	場所	
派遣内容		
対象の聴覚障がい者等		
その他		

FAX送付先：美作保健センター 福祉政策課 0868-72-7702