

# 松戸市手話通訳者等派遣申請書

(宛先) 松戸市長

申請日 令和 ○年 ○月 △日

申請者	氏名	<b>松戸 太郎</b>	F A X	<b>047 ( 366 ) 7613</b>
			T E L	※☎できない方は、記入不要 ( )
			mail	<b>●●●●@●●●●co.jp</b>
	住所	<b>松戸市 根本387-5</b>		
対象者 (聴覚 障害者)	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ場合はし点でチェックし、記入不要	F A X	( )
	住所	松戸市	mail	
<p>申請者と対象者が同一の場合し点でチェック</p>				
<p>下記により、手話通訳者・要約筆記奉仕員 の利用を申請します。</p>				
利 用 日	令和 ○年 ○月 ○日 (○曜日)			
必要とする時間	<b>10 時 30 分</b> から 時 分 まで			
内 容 (具体的に 記入)	<b>松戸市総合医療センター 内科 受診</b> <b>(頭が痛いので)</b>			終了時刻が分からない場合は、書かない
待合わせ場所	<b>内科の前</b> で <b>10 時 15 分</b> に待合わせ			
<p>様 ※ 内容に変更のある時は早めにご連絡下さい。</p> <p>① <input type="checkbox"/> 上記申請を受信しました。( 月 日 / )</p> <p>※決定までお待ち下さい。</p> <p>② <input type="checkbox"/> 通訳者が決まりました。( 月 日 / )</p> <p style="text-align: right;">担当通訳者氏名 _____</p>				

※ 二重線の枠内を記入して下さい。

障害福祉課 設置 F A X 047 (362) 8283

専用メール tsuuyakushinnsei@city.matsudo.chiba.jp