

様式第1号（第6条関係）

（表面）

手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

岩泉町長 様

次のとおり手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	㊟		
	居住地	〒		
	電話番号		FAX番号	
希望する派遣 （どちらかを囲んでください）		手話通訳者・要約筆記者		
派遣希望年月日		年 月 日 曜日		
派遣希望時間		時 分～ 時 分（時間）		
派遣希望場所				
待ち合わせ場所（時間）		（ 時 分）		
要約筆記の種類 （どちらかを囲んでください）		文字筆記・パソコン要約筆記		
通訳内容 ※できるだけ具体的にご記入ください				

（A4）

(裏面)

委 任 状

私は、岩泉町を代理人と定め、次の権限を委任します。
岩泉町障害者等コミュニケーション支援事業実施要綱に基づき派遣された手話通訳又は要約筆記奉仕に係る費用の手話通訳者等への支払について

年 月 日

住 所
氏 名

㊟

(A 4)