

松本市福祉協力員派遣申請書

年 月 日

(あて先)松本市長

申請者 住所
氏名
連絡先
(FAX又はTEL)

次により (手話通訳者 要約筆記奉仕員) の派遣を受けたいので申請します。

派遣対象者	住所	松本市					
	氏名		生年月日	年 月 日			
日時	月 日() 午前・午後 時 分から 日 午前・午後 時 分まで()時間予定						
場所							
通訳内容	1 病院 2 学校 3 保育園 4 市役所・地方事務所(福祉事務所を除く) 5 福祉事務所 6 職安・労働基準監督署 7 警察 8 その他官公署 9 集会・大会・講演会 10 団体への派遣 11 その他(具体的に)						
希望通訳者	第一希望 第二希望 第三希望 希望なし			* 派遣通訳者名 (決定) _____			
待ち合わせ時間	午前・午後 時 分		待ち合わせ場所				
* 決裁	上記申請について調査の結果、派遣が(要・否)と認められるので、決定してよろしいでしょうか。					起案日時	年 月 日
						決裁月日	年 月 日
	係	担当	福祉司	係長	課長	施行期日	年 月 日
						福祉協力員へ送付	年 月 日

* 印は、福祉担当者用ですので、記入しないでください。