

新潟市意思疎通支援派遣申請書（緊急時用）

年 月 日

(宛 先) 新潟市長

団体名			
住所	〒		
ふりがな			
申請者氏名 (担当者名)			
F A X (ない方はメール)		電話	
通訳者等を必要 とした理由	(「受診」、「搬送」又は「事故」等を記入してください)		
	聴覚障がい者の氏名		
	派遣した通訳者の氏名		
派遣した通訳者 等の人数	手話通訳 人	要約筆記 人	(ノートテイク)
派遣月日	年 月 日 (曜日)		
通訳時間 (開始～終了)	午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで		
派遣場所	派遣場所名：		
	所在地：		
	電 話：		
備 考			