

常務理事 (施設長)	総務課長	本部事業課長	課 員	担 当

受理番号 第 2 -	6 -	号
------------	-----	---

伺い、下記の申請について派遣してよろしいか

年 月 日

本部事業
盲ろう者通訳・介助員派遣申請書

社会福祉法人神奈川聴覚障害者総合福祉協会理事長様

次のとおり通訳・介助員を派遣されるよう申請します。

申請者(団体)名					
代 表 者			担 当 者		
住 所	〒		電話番号()	—	
			FAX番号()	—	
開催行事名等					
	開始時刻	時 分	終了時刻	時 分	
日 時	平成 年 月 日()				
	集合場所と時刻 ※1		時 分		
	待ち合わせ場所と時刻 ※2		時 分		
	終了場所と時刻 ※3		時 分		
会 場	電話番号 () — 最寄り駅				
参加予定人数	人 (うち盲ろう者 人)		会 場 担当者		
盲ろう者名			コミュニケーション 方法		
内 容					
必 要 な 通訳・介助員数	人 (内容や時間により、派遣窓口が判断いたします。)				
備 考	請求書の宛名・送付先が申請団体と異なる場合はご記入ください。				

ご申請は出来るだけ行事当日の15日前までをお願いいたします。(行事に関する資料・会場の地図等を添付ください。)

※1 主催者と盲ろう者の集合場所と時刻(打合せ及び、盲ろう者が会場の様子や資料の確認などに必要な時間 30分程度)

※2 盲ろう者と通訳・介助員が待ち合わせする場所と時刻 (盲ろう者の自宅や最寄り駅から会場までの移動介助が必要です。)

※3 盲ろう者と通訳・介助員が終了する場所と時刻 (会場から盲ろう者の自宅や最寄り駅までの移動介助が必要です。)

◆※2、※3を盲ろう者に確認にする際に、必要であれば別紙をご活用ください。