（様式第７号）

盲ろう者向け通訳・介助員派遣申請書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人沖縄県聴覚障害者協会
沖縄聴覚障害者情報センター施設長　殿

下記の通り通訳・介助員の派遣を申請します。

申請者氏名	登録番号

連絡先	ＦＡＸ
	電　話
派遣希望日時	平成　　年　　月　　日（　　）
	時　　分　～　　時　　分
派遣介助内容	
待ち合わせ	場　所
	時　間
行き先と予定時刻	場　所
	時　間
通訳方法	
そ の 他	

一般社団法人　沖縄県聴覚障害者福祉協会　沖縄聴覚障害者情報センター
ＦＡＸ　０９８（９４３）６５５６　　電話　０９８（９４３）６６１７
メールアドレス　oki-deaf4@otjc.org
緊急時の電話番号 080-2709-2865　（携帯）jo-sen2865@docomo.ne.jp

※以下は事務局記入欄

〈決裁〉上記の派遣申込みについて、下記の者に派遣依頼してよろしいでしょうか。

決　裁　月　日	派遣者			
	施設長		係	備　考

内訳				
	A	買い物等、第三者との対話時等日常生活に関する	E	役所（場）・社協・福祉事務所等への諸手続き
	B	通院、入退院時、生命及び健康維持・増進に関する	F	代書・代読・電話通訳等
	C	大会・会議・講習会・研修会時、他団体行事参加の為	G	A～Fに当てはまらない通訳・介助
	D	盲ろう者友の会の行事等の参加の為		