

意思疎通支援者派遣申請書

年 月 日

社会福祉法人
鹿児島県身体障害者福祉協会長 殿

申請者

住所

氏名(団体)

連絡先

担当者名

鹿児島県意思疎通支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり、意思疎通支援者(手話通訳者・要約筆記者)の派遣を申請いたします。

対象者又は団体 住所・氏名			
派遣希望日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分まで		
派遣場所	会場名	会場住所	
用件			
派遣方法	対面 ・ オンライン ・ YouTube等配信 ・ アーカイブ有り	参加予定人数	