

第3号様式（第7条関係）

上越市手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住所（所在地）
（団体名）
氏名（代表者氏名）
電話番号
F A X
メールアドレス

次のとおり手話通訳者等の派遣を申請します。

手話通訳者等を必要とする理由			
参加予定人数	会議、行事等の場合のみ記入 人（うち聴覚障害者等の数 人）		
聴覚障害者等※	氏名		
	住所		
必要とする手話通訳者等の数	手話通訳 人	要約筆記 人	
派遣日時	年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
派遣場所			
備考			

○個人情報の取扱いに関する承諾欄（申請者が個人の場合に限る。）

上越市手話通訳者等派遣事業の審査のため、課の職員が、私に係る住民基本台帳を閲覧（確認）することを承諾します。

申請者署名

聴覚障害者等署名[※]

※ 聴覚障害者等の氏名及び住所並びに署名の欄は、申請者が本市に住所を有する人又は本市の区域内に事務所又は事業所を有する団体に属する人で、市内に住所を有する聴覚障害者等とコミュニケーションを行う場合（要綱第2条第2号に該当する場合）に記入してください。