

第1号様式（第6条関係）

上越市手話通訳者等派遣申請書

令和 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）  
FAX  
TEL

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）
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	令和 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	

FAX送信先：025-525-5157（市役所福祉課）