第２号様式（第５条関係）　　派遣番号（　　）

大垣市手話通訳者等派遣申込書

申込年月日：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="4">派遣申込者</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名
団体名
（担当者名）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>性　別</td><td>男　・　女　・　団体</td><td>身障手帳番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">TEL　　FAX</td></tr>
<tr><td colspan="2">派遣年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">派遣希望時間</td><td colspan="3">午前
午後　　時　　分　～　午前
午後　　時　　分</td></tr>
<tr><td colspan="2">派遣場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">待ち合わせ場所</td><td colspan="3">（　　時　　分ごろ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">聴覚障害者人数</td><td colspan="3">（団体の場合のみ記入）　　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">通訳内容
1　医療等
2　司法等
3　労働等
4　教育等
5　講演会等
6　会議等
7　その他</td><td colspan="3">具体的に</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他</td><td colspan="3">派遣を望む人　……　なし　・あり
※　但し、要望にそえない場合があります。〔　　〕</td></tr>
</table>

※ 申込みは原則として事前に提出すること。（派遣内容について参考となるものが あれば添付）

※ 病気、事故などにより事前に提出できない場合は、事後すみやかに提出すること。