手話通訳申込書

令和　　年　　月　　日

海田町長様

（社会福祉課）

（申込者 ）　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　１

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 １

電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　１

FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　１

メール 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　　１

次のとおり手話通訳を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　（木） 　 　　時　　　　　　分　　　～　　　　　時　　　　　分  （※終了時間は１５時45分までにしてください） |
| 通訳の内容 | （例：住民票の取得，介護保険の申請など） |
| その他  （注意してほしいこと，希望等） |  |
| ※原則希望日の５日前に提出してください。先に予約がある場合，時間調整をお願いする場合が  あります。  ※当日対応も可能ですが，予約優先（先着順）となります。  ※申し込みなく来庁された場合，お待たせすることがあります。なるべく事前に申し込みをお願いします。  ※メールで申し込まれる場合，必要事項が書いてあれば，この様式でなくても構いません。 | |
| 申し込み先：海田町　社会福祉課  （〒7３６-８６０１　海田町南昭和町１４番１７号　TEL　08２－８２３－９２０７）  FAX　08２-８２３-９６２７　　　E-mail　[hukushi@town.kaita.lg.jp](mailto:hukushi@town.kaita.lg.jp) | |