

(様式第6号)

大阪府盲ろう者通訳・介助者派遣事前申込書

年 月 日

大阪府知事 様

次のとおり、通訳・介助者の派遣を申し込みます。

通訳・介助者の派遣の8時間超え利用を事前に報告します。

申込者氏名		
派遣希望日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 (合計 時間 分)	
派遣場所		
通訳・介助 内容		
歩行困難の 有無・程度等	<input type="checkbox"/> あり (以下に車いす等の利用状況を具体的に記載) () <input type="checkbox"/> なし	
待ち合わせ	場所	
	時刻	
活動終了	場所	
通訳・介助者の 確保	1 大阪府に通訳・介助者の選定をお願いします。 2 自ら通訳・介助者に直接依頼します。 <input type="checkbox"/> 通訳・介助者1人当たりの派遣時間が8時間を超えますが、通訳・介助者の 了解を得ています。(通訳・介助者氏名)	
備考		

※申込書は、原則として派遣希望日の10日前までにご提出ください。

(受託者名)

TEL

(受託者の連絡先)・FAX

(受託者の連絡先)

決定事項 (通訳・介助者名等)	
-----------------	--