

送付先 仙台市障害者福祉協会 FAX : 022-266-0292

メールアドレス : [sotsu@shinsyou-sendai.or.jp](mailto:sotsu@shinsyou-sendai.or.jp)

手話通訳者

様式第1-1号

せんだいし いし そつうしえんしゃはけんしんせいしよけんはけんけつてい きゃつか つうちしよ こじんよう

仙台市意思疎通支援者派遣申請書 兼 派遣決定（却下）通知書（個人用）

年 月 日

（宛先）仙台市長

〒

住 所

電話番号（ ） - FAX（ ） -

メールアドレス @

フリガナ

氏 名 ( 才 )

仙台市意思疎通支援者派遣事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり手話通訳者の派遣を申請します。

月 日	年 月 日 ( 曜日 )	
時 間	午前・午後( )時( )分 ~ 午前・午後( )時( )分	
場 所	名称	
	住所	
待ち合わせ	時間	
	場所	
内 容		( )コロナ受診 ( )遠隔通訳希望 ( )スマホ・タブレット所持

----- ( 以下記入しないでください ) -----

連絡欄	様
	上記意思疎通支援者の派遣について <input type="checkbox"/> 手話通訳者として _____ を派遣します。 ※30分以上遅れた場合には、手話通訳者は帰ります。 <input type="checkbox"/> 却下します。（理由: _____）

受付確認	派遣確認	回答確認
/	/	/