（様式３）

名 古 屋 市

　　　年　　　月　　　日

**名古屋市盲ろう者向け通訳・介助員派遣依頼書**

**（宛先）**

**社会福祉法人**

**名古屋市身体障害者福祉連合会会長**

**住所**

**申請者**

**氏名**

**次のとおり通訳・介助員の派遣を申請します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **派　遣　内　容** | **依頼日時** | **年　　　月　　　日（　　）****時　　　　分　～　　　　時　　　　　分** |
| **場　所** |  |
| **待ち合わせ****場所・時刻** |  |
| **解散****場所・時刻** |  |
| **通訳・介助****内容** |  |
| **どちらかに○をつけてください。****・希望する通訳・介助員は　　　　　　　　　　　　　です。****・通訳者を探してください。** |

**（連絡先）**

**名身連聴覚言語障害者情報文化センター**

**FAX：052-413-5853　 TEL：052-413-5885**

**E-Mail：chogen@meishinren.or.jp**