

第1号様式（第4条関係）

手 話・要 約 筆 記 通 訳 者 派 遣 申 請 書

年 月 日

網走市長 様

住 所

申請者

氏 名

下記のとおり手話・要約筆記通訳者の派遣を申請します。

希望する通訳	手話通訳 ・ 要約筆記通訳
派遣希望日時	年 月 日 （ 曜日 ） （ 午前・午後 ） 時 分から （ 午前・午後 ） 時 分まで
派 遣 場 所	【病院】 ・ 向陽ヶ丘病院 ・ 網走厚生病院 ・ 網走中央病院 ・ こが病院 ・ 後藤田医院 ・ はまむき医院 ・ つくしヶ丘医院 ・ 中山医院 ・ 国分医院 ・ 国立眼科 ・ 網走眼科 ・ 桂ヶ丘クリニック ・ いとうクリニック ・ 南5条クリニック ・ 金川医院 ・ なかむら内科 ・ こまばクリニック ・ さらしな内科 ・ 網走脳神経クリニック 【歯科】 ・ 小西歯科 ・ 兼子歯科 ・ 北原歯科 ・ 西村歯科 ・ 丹羽歯科 ・ 吉田歯科 ・ 米村歯科 ・ はすいけ歯科 ・ えのもと歯科 ・ 臼井歯科 ・ つくし歯科 ・ いとう歯科 ・ 網走歯科クリニック ・ クリオネ矯正歯科 【行政機関等】 ・ 市役所 ・ 警察署 ・ ハローワーク ・ 郵便局 ・ エコセンター（ ） ・ 自動車学校 【その他の場所】
待ち合わせ場所	・ 上記と同じ ・ 上記と別な場所（ ）
派遣理由 (○を付けて下さい)	・ 手続き／相談 ・ 診察／検査 ・ 事故対応／免許更新 ・ 講演会／講習会 【その他】

申込先：網走市役所社会福祉課障がい福祉係 宛

FAX 45-3377 / メール ZUSR-KF-FUKUSHI-SHOGAI@city.abashiri.hokkaido.jp