

※打ち合わせ日と当日の2枚提出ください

意思疎通支援事業利用申請書

申請日 ➡ 年 月 日

（あて先）掛川市長

意思疎通支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	学校名	生	※記入なし	日
	氏名			年 月 日	
	居住地	〒 学校の住所と電話番号とFAX番号			
身体障害者手帳番号	※記入なし	() 級	性別	※記入なし	
派遣	<input checked="" type="checkbox"/> チェック ➡ <input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記奉仕員				
派遣希望日	年 月 日 (曜日)				
派遣希望時間	午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで				
派遣場所	打ち合わせ日…打ち合わせ会場 当日…当日会場（多目的室、等）				
要件	打ち合わせ日…〇〇学校福祉教育打ち合わせ 当日…〇〇学校福祉教育				
あらかじめ伝えておきたい事項	（2クラス以上で行う場合）2会場で同時進行、1クラスずつ時間をずらす、1会場で全員で行う、等が分かればご記入ください。				
待ち合わせ場所（地図）	※記入なし				

申請書提出者	<input checked="" type="checkbox"/> チェック ➡ <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	クラス名+名前	申請者との関係	職員
氏名			
住所	〒 学校住所と電話番号 ※同上、で大丈夫です		