様式第７号（第９条関係）

意思疎通支援派遣申請書

年　　　月　　　日

うるま市福祉事務所長　　　　　　　　　様

うるま市意思疎通支援事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 連絡先 | | | |
| 氏名  (団体名) |  | FAX | | | TEL |
| 住所 |  | | | | |
| 対象者 | |  | | | | |
| 日時 | | 年　　　月　　　日（　　曜日）  午前・午後　　　　　午前・午後  　時　　　分　～　　　時　　　分 | | 待合わせ時　間 | 午前  時 　　分  午後 | |
| 派遣場所 | |  | | 待合わせ場　所 |  | |
| 内　　　　容 | |  | | | | |

＜月曜日から金曜日　午前8時30分～午後5時までの受付＞

うるま市役所　障がい福祉課

　〒904-2292　うるま市みどり町1-1-1　　TEL 098-973-5452　FAX 098-973-5103

　　メールアドレス　[sign-lang@city.uruma.lg.jp](mailto:sign-lang@city.uruma.lg.jp) 担当　喜友名　座間味　玉那覇

＜土日・祝祭日・夜間午後5時から午前8時30分の緊急時の受付＞

沖縄県身体障害者福祉協会

　〒901-0516　八重瀬町仲座1083-1

TEL090-3793-0484　メールアドレス　3793-0484＠ezweb.ne.jp