

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	フリガナ			
	氏名 (団体名)		FAX	TEL
	住所			
対象者				
日時	年 月 日 (曜日)	待合わせ 時間	午前 午後	時 分
	午前・午後 時 分 ~ 時 分			
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 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