

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`ナ				
	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 午後	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 15 分までの受付>

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 098-979-8781 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・祝祭日及び夜間午後 5 時 15 分から午前 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