

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