■協会記入　上記の申込みについて、下記の者に依頼してよろしいでしょうか。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長市町村長名　殿 | 係長 | 係 |
|  |  |  |

　　南　　城　　市　　長　　　殿手話通訳者･手話奉仕員・要約筆記奉仕員派遣　申込書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**社会福祉法人****沖縄県身体障害者福祉協会　殿**上記の派遣事業要領に基づき〈 手話通訳 ・ 要約筆記 〉を下記のとおり申し込みします。 |
| 申込者名（団体名） |  | 担当者名(申込責任者) |
| 住　　所 | 南城市 |
| 連絡先 | 電　話　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　 |
| 派遣日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午前　　　午後令和　　　年　　　月　　　日（　　曜日）　　　時　　分～　　時　　分〔集合待ち合わせ：　　　時　　分〕 |
| 派遣場所（会場） | 住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ |
| 派遣内容（大会名等） |  |
| 備　考要件を簡単に書いて下さい | ※参考資料（チラシや案内通知等）がありましたら一緒にFAXして下さい。 | 〈要約筆記の方法〉＊要約筆記方法に○して下さい　　１．ノートテイク　　２．ＯＨＰ　　３．ＯＨＣ |
| 申 込 先　**南城市役所　生きがい推進課 （障がい福祉係）** **沖縄県 南城市佐敷字新里１８７０** 　　　　　 　TEL　 ０９８－９１７－５３４１　FAX　０９８－９１７－５４２７受付時間　 **8：30～17：00（月曜日～金曜日）　※土日・祝祭日・年末年始は休み**　　　※受付時間外（急病や事故等）の場合の連絡先 　社会福祉法人　沖縄県身体障害者福祉協会　　八重瀬町仲座1038-1番地　　　緊急用の携帯 090－3793－0484　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　3793―0484@ezweb.ne.jp |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 月 日 | 派遣者 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
| 事務局長 | 業務課長 | 係 | 備考 |
|  |  |  |  |
| 処理 | 個人　・　団体契約 | 内訳 | (1)医療･保健　(2)司法　(3)社会生活　(4)労働･雇用　(5)教育･保育　(6)福祉推進･社会参加活動　(7)その他 |