■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 | | |