

メールでの送信にお困りの場合は、下記①から⑱までの項目を  
メールの**本文**に入力し、送信してください。  
メールアドレス **ishisotsu@city.ama.lg.jp**

様式第1号（第6条関係）

令和6年4月1日

意思疎通支援者派遣申請書

あま市長 様

住所 **①** あま市七宝町沖之島深坪1番地  
申請者  
氏名 **②** 海部 太郎

下記のとおり意思疎通支援者の派遣を申請します。

（ふりがな） 利用者氏名	<b>③</b> あま たろう 海部 太郎		
性別	<b>④</b> <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	<b>⑤</b> 昭和50年10月10日
住所 連絡先	<b>⑥</b> 〒497-0001 あま市七宝町沖之島深坪1番地 <b>⑦</b> FAX 052-444-1001 MAIL TEL		
支援の種類	<b>⑧</b> <input checked="" type="checkbox"/> 手話通訳者 ・ 要約筆記者 希望の意思疎通支援者名（ ）		
派遣希望日	<b>⑨</b> 令和6年4月15日（月） <b>⑩</b> <input checked="" type="checkbox"/> 午前 午後 10時00分 ~ 午前・午後 時 分		
派遣内容	<b>⑪</b> 診察		
派遣場所	名称	<b>⑫</b> あま市民病院	
	所在地	<b>⑬</b> あま市甚目寺畦田1番地	
	FAX・TEL	<b>⑭</b> 052-444-0050	
待ち合わせ 場所・時間	<b>⑮</b> あま市民病院 受付前 <b>⑯</b> <input checked="" type="checkbox"/> 午前 午後 9時 50分		
備考	<b>⑰</b>		