様式第４号（第10条関係）

意思疎通支援者登録申請書

年　　月　　日

熊取町長　様

氏名

意思疎通支援事業実施要綱第10条の規定により、意思疎通支援者の登録を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 | （自宅） | FAX有・無 |
| （携帯） |
| E‐mail |  |
| FAX・E‐mail情報提供の可否 | 派遣時の連絡先として対象者（申請者）にFAX・E‐mailを伝えてよろしいか。**可　　・　　不可** |
| 業務内容 | 手 話 通 訳 者 　・　 要 約 筆 記 者（手書き・ﾊﾟｿｺﾝ） |
| (都道府県）登録の有無 | 有（　　　　　 都道府県）登録番号等 | 　無 |
| 手話通訳者・要約筆記者の資格 |  |
| 手話通訳者・要約筆記者経験歴 |  |
| 活動できる曜日時間帯（○印を入れてください） |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
| 午前（9:00～正午） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後（正午～17:30） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜（17:30～ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他特記事項 | 緊急時の対応（　可　・　不可　） |

（注）その他特記事項欄には得意な分野や手話・要約筆記以外の保有資格、派遣コーディネートに関しての留意点があれば記載してください。

○資格を証明する書類を添付してください。

○縦23㎜×横20mmの証明写真2枚をお持ちください。