

年 月 日

（宛先）高松市長

高松市意思疎通支援者派遣申請書

次のとおり意思疎通支援者の派遣を受けたいので、高松市意思疎通支援事業実施要綱第9条第2項の規定に基づき申請します。

申請者	住所	高松市 町		
	氏名		男・女	年齢 歳
	連絡先	FAX・TEL — —		
派遣内容				
派遣日時	年 月 日（曜日）			
	時 分から 時 分まで（予定）			
派遣場所				
待ち合わせ	場所			
	時間			
備考				

（注）1 申請は、派遣日の7日前までをお願いします。

2 案内書等、派遣内容が分かるものがあれば、併せて提出してください。