

様式第 1 号（第 8 条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

高松市意思疎通支援事業利用登録申請書

次のとおり意思疎通支援事業を利用したいので、高松市意思疎通支援事業実施要綱第 8 条第 1 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 齡 歳
	生 年 月 日	年 月 日		
	連 絡 先	F A X ・ T E L — —		
登 録 内 容 (希望するものに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 手話通訳者派遣 <input type="checkbox"/> 要約筆記者派遣 <input type="checkbox"/> 失語症者向け意思疎通支援者派遣			
備 考				

（注）意思疎通支援者を派遣する機関が作成した意見書又は医療機関が発行する診断書等を添付してください。