

様式第2号(第12条関係)

東松山市意思疎通支援者派遣申請書

令和 年 月 日

東松山市長 宛て

申請者 住 所 東松山市松葉町1-1-58

氏 名 松山 花子

FAX・電話番号 0493-21-2221

次のとおり意思疎通支援者の派遣を申込みます。

| | |
|-------------------|--|
| 派遣日時 | 令和5年10月1日(日) 午前10時00分～午前11時30分 |
| 派遣場所 (待ち合わせ場所) | 東松山市民病院 待ち合わせ時間： 午前10時00分 |
| 内 容 | 1生活 <input checked="" type="checkbox"/> 2医療 3教育 4職業 5式典 6会議 7講演 8その他 病院の診察時に通訳をしてもらいたい。 |
| 通訳方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 対面手話通訳 <input type="checkbox"/> 遠隔手話通訳 (裏面もご記入ください) |
| その他 確認事項 | |
| 資 料 | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 |

(裏面あり)

申込みは、午前8時30分から午後5時30分までの間にしてください。

この時間に申込みが困難な場合でも午前8時から午後8時までに送信してください。(ただし、緊急の場合は除く。)

以下、遠隔手話通訳をご利用の方のみご記入ください。

| | |
|--|---|
| 利用許可 | 派遣場所での遠隔手話通訳の許可が取れていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 利用機器 | <input type="checkbox"/> 利用者の端末 <input type="checkbox"/> 貸出タブレット（以下についてもご記入ください） |
| 借受希望期間 | <受取日時> 年 月 日 時 分 |
| | <返却日時> 年 月 日 時 分 |
| <p>(タブレット利用規約)</p> <ul style="list-style-type: none">・タブレットを借用できる期間は、派遣日の3日前から3日後までの7日間以内とします。・タブレットの破損・紛失・盗難等があった場合は、速やかに東松山市に報告するとともに、タブレットを損傷し、又は滅失した場合は、東松山市の指示に従って原状回復し、借受人の責任において、その損害を賠償すること。・遠隔手話サービス以外の目的にタブレットを使用しないこと。・タブレットを使用する場所において必要な調整等は、借受人自らが行うこと。・タブレットを他の者に使用させたり、譲渡、転貸等しないこと。・タブレット使用中に発生した事故又は第三者への損害について、東松山市は一切の責任を負いません。・利用規約に記載していない事項であっても、タブレットの借用、使用に疑義がある場合は、東松山市に連絡すること。 | |
| 私は、上記の利用規約を遵守した上で、東松山市所有のタブレットを借用します。 | |
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 連絡先 | |