

申請日 令和 年 月 日

浦添市コミュニケーション支援事業利用申請書

浦添市長 殿

下記のとおり申請します。

※利用日の4日前までに申請してください。

派遣の種類	手 話 通 訳		
申請者氏名 (団体名)		担当者名 (団体のみ)	
住 所	浦添市		
連絡先	FAX／電話 Eメールアドレス		
派遣日 (いつ)	令和 年 月 日 (曜日)		
時 間	午前・午後 時 分 ～ 時 分		
場 所 (どこ)	待ち合わせ時間		時 分
	待ち合わせ場所		
派遣内容 (大会名や用件、前もって知らせたいことなどを記入してください)			
※派遣内容に関する資料等がありましたら一緒に添付(送信)して下さい			

申込先：浦添市役所 障がい福祉課 FAX 878-8575

電 話：098-876-1234 (内線3564～5)

住 所：〒901-2501 浦添市安波茶1丁目1番1号

Eメールアドレス：urasoeshuwa@city.urasoe.lg.jp

受付時間：月曜日～金曜日 午前8：30～午後5：15

※時間外・土・日・祝祭日・年末年始は↓へ連絡※

緊急時連絡先 (沖縄県身体障害者福祉協会)

メールアドレス：3793-0484@ezweb.ne.jp 携帯電話：090-3793-0484