

石垣市意思疎通支援派遣業務報告書

年 月 日

石垣市長様

石垣市意思疎通支援者派遣事業実施要領第6条の規定により、下記のとおり報告します。

報告者名		同行派遣者名	有： ・無
利用者名		派遣場所	
派遣日時	令和 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分 予定		
派遣時間	集合/ 時 分	時間確認 (Ⓜまたはサイン)	移動距離 (往復距離で記入)
	通訳/ 時 分 ～ 時 分		
	計 時間 分		_____ km
[内容] (手話通訳・要約筆記)		[通訳位置など]	
[反省事項・意見等]			
※時間確認欄は、利用者または同行者と確認のうえⓂまたはサインをもらってください。 ※報告書は、プライバシー保護のため、直接提出か郵送（担当者宛『親展』）にてお願いします。			
障がい福祉課欄		※以下は、記入しないでください。	
課長	課長補佐	係長	係
≪事務調整等≫ 個人・団体・斡旋 謝礼金/ 時間× 円＝ 円 交通費等/			
対応事項/			