|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 柏市意思疎通支援者派遣申請書（手話通訳者）  **【太枠内を全て記入してください】** | | | | |
| 派遣希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） | | | |
| 派遣希望時間 | 午前 ・ 午後　　　　時　　　　分　～　午前 ・ 午後　　　　時　　　　分 | | | |
| 派遣場所 |  | | | |
| 待ち合わせ | 場所 |  | 時間 | 午前 ・ 午後　　　　時　　　　分 |
| 派遣理由  内容  (具体的に記入) |  | | | |
| 私（申請者）はこの派遣が決定した時，この申請書類の写しを事業所一般社団法人コミュニケーションセンターかしわに引き渡すことに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同意者氏名 | | | | |
| 上記のとおり手話通訳者を派遣されるよう申請します。  令和　　　年　　　月　　　日  　　柏市長　　宛  　　　　　　　　　　　申請者　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話・FAX） | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人コミュニケーションセンターかしわ　代表理事　　様

柏市長　　太　田　和　美

上記の者から申請があり，派遣を決定したので，貴事業所から派遣をお願いします。

－･－･－･－･－･－･－･－･－･－･－･－･－　受　付　印　－･－･－･－･－･－･－･－･－･－･－

|  |  |
| --- | --- |
| 柏市意思疎通支援者派遣決定（却下）通知書（手話通訳者） | |
| 派遣可否 | １　派遣します　　２　派遣できません（理由：　　　　　　　　　　　　） |
| 手話通訳者 |  |
| 派遣日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） |
| 派遣時間 | 午前 ・ 午後　　　　時　　　　分　～　午前 ・ 午後　　　　時　　　　分 |
| 派遣場所 | （待合せ　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣目的 |  |
| 上記のとおり決定しましたので，通知します。　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　（申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　柏市長　　太　田　和　美  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（公印省略） | |

≪教示≫

１　この処分について不服がある場合は，この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に，柏市長に対して審査請求することができます。

２　この処分については，上記１の審査請求のほか，この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に，柏市を被告（代表者は柏市長）として，処分の取消しの訴えを提起することができます。なお，上記１の審査請求をした場合には，処分の取消しの訴えは，その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます。

３　ただし，上記の期間が経過する前に，この処分（審査請求をした場合には，その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合には，審査請求をすることや処分の取消しの訴えをすることができなくなります。なお，正当な理由があるときは，上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には，その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求することや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。