

手話通訳者派遣申込書【企業・一般団体】

申 込 日 年 月 日

団体・企業名

担 当 者

連 絡 先 TEL: - - FAX: - -

通 訳 日	年 月 日 ()
通 訳 時 間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分
待 合 せ 時 間	午前・午後 時 分
通 訳 場 所	住所:
	当日担当者
待 合 せ 場 所	
聴 覚 障 害 者 (手話話者)	人数: 名
	氏名:
内 容	
資 料	<input type="checkbox"/> 別紙送信〔 〕枚 <input type="checkbox"/> 後日送付予定〔 郵送・FAX 〕 月 日頃 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 ※紙ベースでの提供をお願いしています。送付が直前になる場合にはご相談ください。 ※チラシ、プログラム、実施要項などの資料があればご提供ください。
そ の 他 確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 申込制〔 月 日締切り〕 <input type="checkbox"/> 当日会場に聴覚障害者不在〔映像配信のみ〕 <input type="checkbox"/> 手話通訳の映像収録あり <input type="checkbox"/> HP等に画像掲載予定あり
見 積 書	作成希望: <input type="checkbox"/> 有〔送付希望日: 月 日まで〕 <input type="checkbox"/> 無
請 求 書	送付先 住所: 担当者名:
	宛 名
そ の 他 連 絡 事 項	

【以下は記入しないでください】

派遣手話通訳者のお知らせ

以下のとおり手話通訳者を派遣します。

派遣手話通訳者名	
〔備考〕	