

手話通訳者派遣申込書【行政・一般団体・企業】

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 :
	申込制の場合 : [月 日締切り]
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 [] <small>※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。</small>
そ の 他 確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 申込制 [月 日締切り] <input type="checkbox"/> 当日、通訳場所に聴覚障害者不在 [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・動画等の掲載予定あり
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 〒 - 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〕	