

手話通訳者派遣申込書【聴覚障害者団体・障害者団体等】

申込日：年 月 日

団 体 名

担 当 者

連 絡 先 TEL： - -

FAX： - -

| | |
|---------------------|--|
| 通 訊 日 | 年 月 日 () |
| 通 訊 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 訊 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 |
| 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〕 | |