

手話通訳者派遣申請書

社会福祉法人神奈川聴覚障害者総合福祉協会理事長様

次のとおり手話通訳の派遣を申請します。

申請者(団体)名			
部署名		担当者	
住所	〒	電話番号	- -
		FAX番号	- -
日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分		
会場	会場名		
	住所		
	電話番号	最寄駅	
対象聴覚障害者 人数	人(会場全体 約 人)	当日 担当者	
集合時刻	時 分	集合場所	
内容			
概容			
資料の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 別紙送信[]枚 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 後日送付予定[メール・FAX・郵送] 月 日頃 <input type="checkbox"/> 手話通訳者への直送希望 ※チラシ、プログラム、実施要項、地図など申請時にご提供ください。		
その他 確認事項	<input type="checkbox"/> 申込制[月 日締切り] <input type="checkbox"/> 当日、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 <input type="checkbox"/> 見積書希望 月 日まで <input type="checkbox"/> 請求書の宛名・送付先が申請者名と異なる(備考欄にご記入ください)		
備考			

※当日使用される配布資料、講師の投影資料等は通訳内容の質を保障するために必要です。
事前にご提供くださいますようお願い、ご協力の程、よろしくお願いたします。