

# 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 [ ] ※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。
その他の 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
その他の 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〕	

〒211-0037 川崎市中原区井田三舞町14-16

社会福祉法人神奈川聴覚障害者総合福祉協会川崎市聴覚障害者情報文化センター [コミュニケーション支援係]

電話: 044-798-8800(代表) FAX: 044-798-8803