

手話通訳者派遣申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

			申込年月日	平成	年	月	日
申 込 者	団体名			担当者名			
	住 所	〒					
	連絡先	電 話					
		FAX					
派 遣 年 月 日		平成 年 月 日 ()					
行 事 開 催 時 間		時 分		～	時 分		
集 合 時 間		時 分					
内 容	行事名						
	形 式	・講演会形式 ・シンポジウム、パネルディスカッション形式 ・その他()					
通 訳 場 所	会 場						
	会場状況	・スクリーン使用(有 ・ 無) ・映像に字幕(有 ・ 無) <small>* 当日は通訳の立ち位置、照明等の確認をさせていただきます。会場レイアウトがある場合は事前にご提供ください。</small>					
集 合 場 所							
資 料 等		* 実施要項、チラシ、シナリオ、講演資料等がありましたら送信してください。 * 派遣日の営業日3日前からの資料等は直接、申込者様から派遣者にお送り頂きますので、ご了承ください。 資料送付予定日: 月 日頃 (郵送 ・ FAX ・ メール)					
備 考							
当協会のホームページに掲載させて頂いてもよろしいでしょうか。 (情報保障のある行事、不特定多数を対象とした行事であることを掲示し、参加を呼びかけさせていただきます。都合により掲示できない場合もあります。)							可 ・ 不可

◆申込書は、必要事項に記入・○をつけ、原則として15日前までに提出してください。
(依頼内容によっては派遣ができない場合があります。)

◆派遣申込書のFAXが届きましたら、下記の【申込書受理通知】を返信させていただきます。

【手話通訳者派遣申込書受理通知】		
	様 平成 年 月 日	
上記申込書を受理いたしました。 派遣者が決定した時点で、「決定通知書」をFAXいたします。 派遣者の決定まで、若干お時間がかかります。今しばらくお待ちください。		
【連絡先】公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 (鳥取県西部聴覚障がい者センター 担当:西村・中林) 電話 0859-30-3659 / FAX 0859-30-3660	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="text-align: center;">受理印</td> </tr> </table>	受理印
受理印		