

手話通訳者・手話監修者派遣申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

申込年月日 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	年 月 日 ()			
行事開催時間	時 分 ~ 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 ・ 当日は、通訳の立ち位置、照明等を確認させていただきます。会場図がある場合は、事前に頂ければ助かります。		
集合時間	時 分	集合場所		
資料等	*実施要項・チラシ・シナリオ・講演資料などがありましたら送信してください。			
	その他資料送付予定日: 月 日頃 (郵送 ・ FAX ・ メール)			
備考				
情報保障のある行事として当協会HPへの掲示(都合により掲示出来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下さい。(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。

年 月 日	
【手話通訳者・手話監修者派遣申込書受理通知】	
様	
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。	
<table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">受領印</td> </tr> </table>	受領印
受領印	
【連絡先】 公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 (担当:西村) (鳥取県西部聴覚障がい者センター) 電話0859-30-3659/FAX0859-30-3660	