

手話通訳者派遣申込書

公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会 宛

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日)

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|--|---|---|
| 申 込 者 | 氏名等 | 株式会社〇〇〇〇〇〇 | | | |
| | 住 所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 岡山市〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話 (086)〇〇〇-〇〇〇〇 FAX (086)〇〇〇-〇〇〇〇 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 (〇〇〇部 〇〇 〇〇 携帯電話〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) | 待ち合わせ時間は現場で通訳者との打ち合わせを行うとともに会場のチェックをするため、30分前をお願いします。 尚、待ち合わせ時間から通訳料は発生します。 | | |
| 派 遣 日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇)10時00分～13時00分 ※こちらには実際の通訳時間をご記入ください※ | | | | |
| 待ち合わせ時間 | 9時30分 | 待ち合わせ場所(具体的にご記入ください) | 岡山市民会館入口付近の受付窓口 | 待ち合わせる人のお名前 | 〇〇〇 |
| 通 訳 場 所 (所在地・建物名) | 岡山市民会館(岡山市北区丸の内2丁目1番1号) | | | | |
| 通 訳 の 内 容 | 〇〇〇〇〇氏の講演会「〇〇〇〇〇〇〇」 | | | 関係資料がある場合、できれば2週間前までに郵送・FAX・メールでお願いします | |
| 聴覚障害者(見込)人数 | 〇人 | 見積書の有無 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | 関係資料 | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 月〇日迄に <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input checked="" type="checkbox"/> E-mail |
| 事 前 に 知 ら せ て お く 内 容 | | | | | |
| 備 考 | ※ 請求書のあて名や送付先が申込者と異なる場合にはその旨をご記入ください。 請求書のあて名は「〇〇〇会」、請求書の送付先「〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇」 | | | | |

申込書は原則として事前に提出してください。なお、依頼の概要、参考資料等があれば添付してください。

団体行事等について申し込む場合には、できるだけ、通訳配置図・資料を添付してください。

<連絡先> 〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ4階

公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会

TEL 086-224-2275 FAX 086-224-2270

メールアドレス okaty006_1@kirameki-plz.com