

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 年 月 日(曜日)

申 込 者	氏名等				
	住 所	〒 電話 FAX 代理人が申し込む場合の代理人の氏名・連絡先 ()			
派 遣 日	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分				
待ち合わせ時間	時 分	待ち合わせ場所(具体的にご記入ください)		待ち合わせる人のお名前	
通 訳 場 所 (所在地・建物名)					
通 訳 の 内 容					
聴覚障害者(見込)人数	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 月 日迄に <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input 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、アーカイブ配信またはSNS等に映り込みがある場合には、その旨をご記入ください。状況により別途費用をいただいております。				

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 okaty06_1@kirameki-plz.com