手話通訳者派遣申込書 【 行政・企業・一般団体用 】

		申込年月日	年　月　日
団体名		ふりがな 担当者名	
住 所	〒　－		
連絡先 TEL	－　－	FAX	－　－
派遣日時	年　月　日（　）　時　分～　時　分		
場 所	会 場		
	会場状況	＊スクリーン使用 【 □ 有 （ □ 映像 ・ □ パソコン ）・ □ 無 】 ＊映像の字幕 【 □ 有 ・ □ 無 】	
内 容	行事名		
	形 式	□ 講演会　□ 会議　□ 研修　□ グループワーク □ シンポジウム、パネルディスカッション □ 収録・放送（1回のみ） □ 収録・放送（インターネット動画配信等繰り返し視聴できるもの） □ その他（　）	
＊開催要項・案内チラシなど内容が分かるものを申込書に必ず添付してください。			
集合時間 （打ち合わせ時間含む）	時　分	集合場所	
行事参加 予定者数	参加者数 （　人） うち 聴覚障害者数（　人）		
資 料	＊進行シナリオ・挨拶文・講演(PowerPoint含む)等の資料をご準備ください。 できれば1週間前までに通訳者の学習資料としてお送りください。 □ 資料がそろい次第（ FAX ・ 郵送 ・ メール ）します。		
必要書類	□ 請求書　□ 見積書　□ 完了届　□その他（　）		
	※送付先等に指定がある場合はご記入ください。 書類宛名（　） 送付先 （　）		
◆当協会の新聞に掲載させていただいてもよろしいでしょうか。 情報保障のある行事をお知らせします。都合により掲載できないこともあります。			可 ・ 不可

※この個人情報は、当施設の事業の目的外で使用することはありません。

★申込書が届きましたら、下記【申込書受理通知】を返信させていただきます。
（申込後、1週間以内に受理通知が届かない場合は、お手数ですが、ご連絡ください。）

【 手話通訳者派遣申込書受理通知 】

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」をお送りいたします。
決定までに時間がかかることもありますので、しばらくお待ちください。

受理印

〈連絡先〉 公益社団法人香川県聴覚障害者協会・香川県聴覚障害者福祉センター
TEL：087-868-9200　FAX：087-868-9201