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		担当者名（ふりがな）	
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　□ シンポジウム、パネルディスカッション □ 会 議　□ その他（　）	
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	＊開催要項・案内チラシなど内容の分かるものを必ず添付してください。 □ 別紙（　）枚をFAXします □ 別途郵送します・発送予定（　）月（　）日頃 ＊シナリオ・挨拶原稿・講演など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。 宛名（　） 住所（　）		

◆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掲載し、参加を呼びかけさせていただきます。 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。

★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。
（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FAXいたします。
派遣者の決定までに時間がかかりますので、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