

手話通訳者派遣申込書(団体用)

名身連聴覚言語障害者情報文化センター 〒453-0053名古屋市中村区中村町7丁目84-1

電話：052-413-5885 FAX：052-413-5853

MAIL：chogen@meishinren.or.jp URL：http://www.meishinren.or.jp/chogen/

月・木・金 9時00分～20時30分 / 火・土・祝日 9時00分～16時30分

休館日：毎週水曜日、年末年始、臨時休館 ※FAX・メールは24時間受信可能

年 月 日

申請団体名					
住所					
連絡先	電話 ()				FAX ()
担当者名			E-mail		
派遣年月日	年 月 日 ()		通訳開始時間	午前・午後	時 分
			通訳終了時間	午前・午後	時 分
派遣先	会場名				
	住所	〒			
	TEL	() —			
待ち合わせ時間	午前 午後	時 分	待ち合わせ場所		
内容・行事名					
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・参加予定人数 名 / うち、聴覚障害者 名(わかる範囲で) ・申込書は原則として派遣を必要とする日の2週間までに提出してください。 ・待ち合わせ時間は通訳開始の30分前です。 ・内容に関する、チラシ、概要のわかる参考資料等があれば添付してください。 ・請求書、見積書の宛名が申請団体名と異なる場合は下記の★印の欄にご記入ください。 ・申込書に記入されている情報は、手話通訳者派遣事業以外の目的では利用しません。 				
★請求書(見積書)宛名					

※事務局記入欄

費用	費用	負担なし(公費対応)	負担あり(単価 2500 円×拘束時間数×派遣人数+交通費実費)	
	請求書発送予定	年 月 日 ()頃 ※都合により期日が過ぎる場合があります		
	備考			
事務連絡	<ul style="list-style-type: none"> ・申込書が届きましたら、「受信確認印」に受付印を押して返信させていただきます。2～3日経っても返信がない場合はお手数おかけしますが、お問合せください。これは申込みを受理したという意味ではなく、あくまでFAX受信確認の為です。 ・依頼内容等によって、派遣ができない場合もあります。ご了承ください。その場合はご連絡させていただきます。 ・手話通訳者が決定しましたらご連絡させていただきます。 			受信確認印
				年 月 日

派遣地付近見取図

派遣地への交通機関利用方法