

コピーしてお使いください
(書式3・紹介用)

(紹介用)

《手話通訳・要約筆記紹介申込書》

年 月 日 ()

団体名			
住所			
ふりがな 申込者	ふりがな	当日担当者	
☎	()	FAX (ない方はメール)	()

月 日	年 月 日 ()		
通訳時間 (行事開始～終了)	午前 午後	時 分	～ 午前 午後
場 所	名 前		
	住 所		
	電 話	()	
集合時間	午前 午後	時 分	集合場所
通訳内容 (行事名、会議名等)	※ 通訳に関する参考資料(チラシ・案内)がありましたら、一緒にお送り下さい。		
参加者数	参加者()人、聴覚障害者()人 ※未定の場合(月 日)頃決定		
希望人員	手話通訳者()人、要約筆記者()人 <input type="checkbox"/> ノートテイク <input type="checkbox"/> OHC <input type="checkbox"/> PC		
その他 確認事項	<input type="checkbox"/> 派遣場所に聴覚障害者不在(映像配信のみ) <input type="checkbox"/> 通訳映像の収録あり <input type="checkbox"/> 通訳映像の配信あり →公開範囲: <input type="checkbox"/> 申込者限定 <input type="checkbox"/> 一般公開 <input type="checkbox"/> その他 期間: <input type="checkbox"/> 生配信 <input type="checkbox"/> アーカイブ(月 日～ 月 日まで)		

謝金	手話通訳者()円、要約筆記者()円 <input type="checkbox"/> ノートテイク <input type="checkbox"/> OHC <input type="checkbox"/> PC ※ 集合～終了時間分、一人あたり。HPをご参照ください
旅費	どちらかお選びください→ <input type="checkbox"/> 実費支給 <input type="checkbox"/> 一律1500円(事前決裁等、ご事情のある場合に限りです)
費用の受け渡し	どちらかお選びください→ <input type="checkbox"/> 当日手渡し <input type="checkbox"/> 後日振込

※ この個人情報、当施設の事業の目的外で使用することはありません。

手話通訳・要約筆記派遣 ☎045(475)2058/FAX045(475)2059

●受付時間 9:00～12:00、13:00～17:00

※FAXは自動受信していますが、返事等は受付時間内の対応となります。

●開設日 年末年始を除く毎日(ただし、土曜・日曜・祝日は、緊急《事故・急病》への対応のみです)

●住所 〒222-0035横浜市港北区鳥山町1752 横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設