

## 手話通訳派遣申請書（団体または個人用）

申請日 平成 年 月 日

社会福祉法人宇部市社会福祉協議会長 様  
（FAX（0836）35-9093）

〒

申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

団 体 名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

手話通訳依頼担当者名 \_\_\_\_\_

担当者連絡先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

担当者連絡先 FAX 番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

下記について手話通訳者を派遣して下さるようお願いいたします。

記

派遣依頼日	平成 年 月 日 ( )
派遣時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分 午後 時 分
派遣場所	名 称) 所在地)
通訳内容	
講演・セミナー等の場合の通訳資料	リーフレット等の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→この通訳派遣申請書に添付してください 当日資料・講師等資料の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→事前に資料をご郵送またはFAX、持参してください
参考事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 講演やセミナー等の場合で                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>聴覚障害者の参加の有無に関わらず手話通訳を実施する</li> <li><input type="checkbox"/>当日に聴覚障害者の参加がなければ手話通訳はしない</li> </ul> </li> <li>◦ 手話通訳料(1,800円/1h)と交通費(宇部市内500円, 市外1,000円)について                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>支払いができる <input type="checkbox"/>支払額を相談したい <input type="checkbox"/>免除適用</li> </ul> </li> </ul>
備 考	派遣依頼に関して特記事項や連絡事項があればご記入ください