**手話通訳者 派遣申込書**

一般社団法人宮城県聴覚障害者福祉会・みやぎ通訳派遣センター宛

**ＴＥＬ・ＦＡＸ：０２２-３９３－５５０４**

**E-mail：miyagi.haken4023@gmail.com**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者 | 申込日 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| 氏　　名 |  | □個人　□団体（約　　　人） |
| （団体名） |  |
| 住　　所 |  |
| ＦＡＸ | （　　）　　－ | ＴＥＬ | （　　）　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼内容 | 通訳日 | 年　　　　月　　　　日　（　　） |
| 通訳時間 | 開始時刻　　　　　： | 終了時刻　　　　　： |
| 場　　所 | 名　称 |  |
| 住　所 |  |
| 待ち合わせ | 時　間 | 　　　： | 場　所 |  |
| 内　　容 |  |
| 希望の通訳人数 | 手話通訳（　　　　人） |
| 備　　考 | \*通訳に関する参考資料(チラシ・配布資料等)がありましたら、一緒にお送りください。 |
| 必要書類 | □請求書　□見積書　□完了報告書　□その他（　　　　　　　　　　　 ） |
| 書類宛名 |  |
| 書類送付先担当者名 | 〒　　　　－　　　　　　 |

|  |
| --- |
| ・この情報は、手話通訳派遣事業の目的外で使用することはありません。・派遣受付窓口　FAX・TEL ０２２－３９３－５５０４・受付時間　9:30～17:30　・FAXは24時間受信していますが、返事等は受付時間のみの対応となります。・依頼内容によっては派遣ができない場合があります。その場合は連絡をさせていただきます。・通訳の内容によっては、開始前に確認･打合せの時間をとっていただくことがあります。・通訳者が決定しましたらご連絡いたします。 |

事務担当使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣種類 | □ 意思疎通支援事業　　 □ 広域派遣事業 　　 □ センター派遣事業 |
| 派　　遣通訳者名 |  |  |
|  |  |
| 担当者 | 受付台帳記入 | 内容確認資料請求 | 通　訳依頼書 | 通　訳手配書 | 見積書 | 請求書 | 報告書 | PC入力 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |