手話通訳者派遣依頼書　団体･企業用

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　大分県聴覚障害者協会　理事長　殿

ご依頼主 (主催者名)	団体名:
	代表者:
	住所:〒
	電話:　　FAX :
	E-mail アドレス:
	担当者:

手話通訳者を下記の要領で派遣くださるようお願い申し上げます

行　事　名	
主　　催	
期　　日	令和　　年　　月　　日（　　）
時　　間	時　　分～　　時　　分 □集合　　時　　分※場所(　　) □打ち合わせ　　時　　分～　　時　　分 □開演　　時　　分～　　時　　分 □その他　　時　　分～　　時　　分
会　　場	
参 加 者 数	約　　人
派遣通訳者数	□大分県聴覚障害者協会に任せる【　　】□希望人数(　　)人
そ　の　他	□ リハーサル(ある:　　月　　日　　時～　　時頃まで・なし) □ 服装指定(なし･　※あり＝具体的に　　) □ 関係資料(　　日迄に・郵送・FAX・E-mail・特になし) □ 舞台背景色(　　) □ 視覚的機器の使用　OHP　パワーポイント　ビデオ上映 歌･音楽演奏　　その他(　　) □ 動画配信　なし・ある □ 会場暗転時の通訳者用スポットライト　有・無 □ 一般参加(できる･できない･整理券が必要) □ 参加費　なし･ある(　　円)・参加締切日　　月　　日 ※ 一般参加ができる場合聴覚障害者に呼びかけます　□ブログ掲載可 □駐車場(準備している・各自で確保)
派 遣 予 算	□大分県聴覚障害者協会の基準に合わせる【　　】 ※ 主催団体の予算でお願いしたい □謝　金＿＿＿＿＿円×＿＿＿＿人 □交通費＿＿＿＿＿円×＿＿＿＿人　　合計＿＿＿＿＿円

〒870-0907　大分市大津町 1-9-5　大分県聴覚障害者センター内　担当:木﨑
〈TEL:097-551-2152　FAX:097-556-0556　E-mail:df-oita2@toyonokuni.jp

※開館時間:午前 8 時 30 分から午後 5 時まで(木曜日は午前 8 時 30 分から午後 9 時まで)

※休館日:水曜日･祝日･年末年始　※FAX は 24 時間対応(お返事は開館時間内になります)