

盲ろう通訳介助者派遣依頼書

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

〒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: 東^{ひがし}

〈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)

依頼者

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 <input type="checkbox"/> 集合 時 分※場所() <input type="checkbox"/> 打ち合わせ 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 開演 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他 時 分～ 時 分 |
| 会 場 | |
| 参 加 者 数 | 約 人 |
| 派遣通訳者数 | <input type="checkbox"/> 大分県聴覚障害者協会に任せる【 】 <input type="checkbox"/> 希望人数()人 |
| そ の 他 | <input type="checkbox"/> リハーサル(ある・なし) 参加(できる・できない) <input type="checkbox"/> 服装指定(なし・ ※あり=具体的に) <input type="checkbox"/> 関係資料(日迄に・郵送・FAX・E-mail・特になし) <input type="checkbox"/> 一般参加が(できる・できない・整理券が必要) <input type="checkbox"/> 参加費 なし・ある(円) ※ 一般参加ができる場合聴覚障害者に呼びかけます <input type="checkbox"/> 駐車場(準備している・各自で確保) |
| 派 遣 予 算 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 謝 金 _____円× _____人 <input type="checkbox"/> 交通費 _____円× _____人 合計 _____円 |