

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 パワーポイント 歌・音楽演奏 ビデオ上映(日本語字幕 ある・なし) その他() ☐ 手話通訳が映りこむ動画配信 ある・なし ☐ 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(確保準備あり・どこでも駐車可・有料駐車場を各自で確保)
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:木崎

〈[TEL:097-551-2152](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)