

# 手話通訳者派遣依頼書【団体用】

◎ 原則として2週間前までにお申し込みください。前もって分かっている場合は、できるだけ早めをお願いします。  
◎ 17:30以降は、翌朝または休館日明け9:00からの対応になります。（休館日 / 日曜・祝日・年末年始）

|                                      |  |        |   |        |   |
|--------------------------------------|--|--------|---|--------|---|
| ※ 請求書等の宛名や送付先が異なる場合は、備考欄への明記をお願いします。 |  | 申込日    | 年 | 月      | 日 |
| 団体・法人名<br>または<br>代表者氏名               | ⑩  |        |   |        |   |
| 住所                                   | 〒  |        |   |        |   |
| 連絡先                                  | 電話   | ( )    | — |        |   |
|                                      | FAX  | ( )    | — |        |   |
| 担当者<br>(当日の連絡先)                      |  |        |   |        |   |
| 派遣日時<br>(準備・待機時間を含む)                 | 年  | 月      | 日 | ( 曜日 ) |   |
|                                      | 時  | 分      | ～ | 時      | 分 |
| 待ち合わせ                                | 時  | 分 / 場所 |   |        |   |
| 派遣場所<br>・ 名称<br>・ 所在地や電話番号           | ※ 分かりにくい場所は、目印になるものや地図などを記入、または添付してください。   |        |   |        |   |
| 通訳内容<br>・ 大会名やテーマ<br>・ 対象者情報<br>など   | ※ 日程や原稿等、通訳の参考資料がありましたら、添付または別途ご送付ください。  |        |   |        |   |
| 必要書類                                 | <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |        |   |        |   |
| 支払方法                                 | <input type="checkbox"/> 後日振込 <input type="checkbox"/> 当日手渡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |   |        |   |
| 備考                                   | ※ 請求書等の宛名や送付先が異なる場合は、こちらにご記入ください。  |        |   |        |   |

※ ご記入いただいた情報は、当派遣の目的外で使用することはありません。

【宛先】 〒862-0950 熊本市中央区水前寺6丁目9番4号 熊本聴覚障害者総合福祉センター  
一般財団法人 熊本県ろう者福祉協会 手話通訳派遣担当

電話 (096) 383-5587 **FAX (096) 384-5937**

E-mail: kumasyuwahaken@aurora.ocn.ne.jp

|     |  |       |  |
|-----|--|-------|--|
| 受付日 |  | 派遣担当者 |  |
|-----|--|-------|--|