

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 手話通訳派遣依頼書

※太枠内をご記入ください

| | | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|-------|
| 依頼者 | 依頼者が団体の場合は担当者名: | | (手話通訳者を必要とする人の名前) | |
| | | | ・ 不特定 | |
| 住所 | 〒 | — | FAX | () — |
| | | | TEL | () — |
| | | | Mail | |
| 派遣日 | 年 | 月 | 日 | 曜日 |
| 時間 | 時 | | 分 | 分 |
| 行事名 | | | | |
| 内容 | | | | |
| 実施場所 | ■会場名称: | | ■住所: | |
| | | | 〒 — | |
| | ■集合時間 | | ■TEL・携帯電話 (派遣当日の緊急連絡先) | |
| | 時 分 | | — — | |
| | ■集合場所(具体的にご記入ください) | | ■最寄り駅: | |
| | | | 電車 駅 | |
| | | 徒歩 分 程度 | | |
| ■現地担当者名 | | ■駐車場: あり ・ なし | | |
| | | ■地図添付: あり ・ なし | | |
| ■打ち合わせについて あり ・ なし | | ■通訳者の服装: 平服 ・ やや改まって | | |
| ※依頼元と異なる場合はお書きください | | ■見積書: 必要 ・ 不要 | | |
| 請求書 | 送付先 | 〒 — 担当者名: | | |
| | 宛先 | | | |
| 備考 | | | | |

※依頼書送付時に、チラシや実施要項を一緒にお送りください

派遣申込した日より3営業日まで、派遣日より3営業日までに派遣窓口より連絡が届かない場合は、お手数をおかけしますが、以下の兵庫県聴覚障害者協会までお問い合わせくださいますようお願いいたします

【申込先】公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会
 〒650-8691兵庫県神戸市中央区相生町2丁目2-8
 新神戸ビル東館2階
 TEL:078-371-5613 FAX:078-371-0277
 Mail:shuwatuyaku@hyogodeaf.com

| | |
|----|-----|
| メモ | No. |
| | |