団体・企業用

↓ご希望を選択して、〇で囲んでください。

【手話通訳者 ・ 要約筆記者】派遣申請書

申込日 平成　　年　　月　　日

ご依頼主 （主催者名）	団体・企業名 ご住所 〒:　　ご担当部署名: ご担当者: TEL:　　内線:　　FAX:
日　時	平成　　年　　月　　日　　曜日 時　　分　～　　時　　分 リハーサル・事前打ち合わせ等　:　有　・　無 月日:　　時間:　　～ 場所:　　部屋:
開催場所	施設名: 部屋名等: 所在地:　〒　　TEL:
内容 （テーマなど）	行事名: 内容など: （開催要項・タイムスケジュールなどございましたら、別紙ファックスでお願いします。）
通訳者集合 時間・場所	午前・午後　　時　　分 集合場所:　　ご担当:
通訳料について	*事前に暫定見積書をお出しします。ご依頼の派遣日終了後、請求金額を確定し請求書をお送りします。 *支払方法　　請求書お受け取り後にやすらぎへお振込でお願いします。
連絡事項	【資料】　有　・　無 【会場環境】　会場の形状(　　) 舞台背景色(　　) 通訳者用のモニタースピーカーまたはモニターテレビ　有　・　無 視覚的機器の使用 ・ パワーポイント　・ ビデオ上映 ・ 歌・音楽演奏　・ その他(　　) 会場暗転時の通訳者へのスポットライト　有 ・ 無 【要約筆記希望形態について】　手書き　・　パソコン 【要約筆記機材について】　準備できるものに〇を ・プロジェクタ ・スクリーン ・OHC ・パソコン(パソコン希望の場合) 【駐車場】　有　・　無 場所:(　　) 【食事】　食事の時間帯をはさむ依頼の場合　主催で準備　有　・　無
対象者	出席者または参加者　約　　名 うち聴覚障害者　　名
その他	

〇派遣場所・・・県内どこにでも派遣します。

〇お申込・お問い合わせ・・・下記までご連絡ください。**正式依頼はFAXでお願いします。**

茨城県立聴覚障害者福祉センター「やすらぎ」

FAX ： 029－247－1369

TEL ： 029－248－0029

e-mail:info@center-yasuragi.or.jp

お申し込みはお早めに。開催日1カ月前が目安です。

〇休館日・・・毎週月曜日午後・火曜日・祝日・年末年始