

ご依頼主 (主催者名)	団体・企業名  ご住所 〒:  TEL: 内線: FAX:  ご担当部署名: ご担当者:
日時	令和 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	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 【配信希望】 ・リアルタイム ・録画あり ・オンデマンド (該当に○を) 【配信期間】 ・1年以内 ・1年以上 ・その他 (該当に○を) 【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○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	

○派遣場所・・・県内どこにでも派遣します。

○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。

○休館日・・・毎週月曜日午後・火曜日・祝日・年末年始