

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 または 代表者氏名					
住 所	〒				
連 絡 先	電 話	()	—		
	F A X	()	—		
担 当 者 (当日の連絡先)					
派 遣 日 時 (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 ・ 名 称 ・ 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 ・ 大会名やテーマ ・ 対象者情報 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	☐ 請求書 ☐ 見積書 ☐ その他 ()				
支払方法	☐ 後日振込 ☐ 当日手渡 ☐ 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	
-------	--	-------	--