

## 手話通訳者派遣申込書

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

申請日 年 月 日

申 込 者	団体名	(担当者： )
	住所	〒  TEL _____ FAX _____
派遣年月日	年 月 日 ( 曜日 )	
派遣予定時間	時 分 ~ 時 分	
派遣場所	〒	
待合せ場所 待合せ時間	( 時 分頃 )	
聴覚障害者の人数	名	
通訳内容 (具体的に)		
手話通訳者の メディアへの 露出 (※)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (全体撮影時に手話通訳者が映り込む) <input type="checkbox"/> 有 (手話通訳者のアップ、単体で映ることがある) ⇒ 【テレビ・新聞・広報誌・YouTube・その他配信 ( )】	

(1) 申込書は、原則として3週間前までに提出すること。

(2) 申請の際には、できるだけ、依頼の概要、通訳配置図、資料等を添付してください。

※派遣による情報保障はその場限りのものであり、繰り返し利用する等の二次利用には原則対応できません。二次利用が目的の場合にご相談ください。