様式５

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（※） | | 無  有（全体撮影時に手話通訳者が映り込む）  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はご相談ください。