**（様式第8号-1）**

**【手話通訳者】　派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　　年　　　月　　　日 |

一般社団法人　沖縄県聴覚障害者協会

沖縄聴覚障害者情報センター　施設長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込団体企業名 |  | 担当者名： |  |
| 緊急連絡先： |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| Email |  |  |  |
| 日　　時 | 令和　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日） |
| 時間　　　　時　　　分　～ | 　時　　　分 | ※集合時間：　　　時　　　　分 |
| 待ち合わせ場所 |  |
| 場　　所 | 会場名：住所： |
| TEL： |  | 駐車場の有　無 | 　　　　有　／　　無 |
| 内　　容 |  |
| 通訳手段 | ※必要なものに☑をしてください。□手話通訳　　　□リレー通訳　　□遠隔通訳 |  |
| 配信等の確認 | テレビ放送及びインターネット配信　　（　有　　・　　無）* 1. テレビ放送　　　　有　　・　　無
	2. インターネット　　YouTube　・ Zoom 　・ Teams　・ その他（　　　　　　　）
 |
| 視聴者 | 不特定多数への公開　　・　　対象者限定公開 |
| 備考 | ※内容のわかる資料（ビラ等）・要綱等がありましたら添付ください。 |
| 申込先 | 〒９０３－０８０４沖縄県那覇市首里石嶺町４－３７３－１沖縄県総合福祉センター西棟3階電話　０９８－９４３－６６１７　　ＦＡＸ　０９８－９４３－６５５６手話通訳派遣：oki-deaf5@otjc.org |
| 申込受付 | ※申し込みは2週間前までにお願いします。平日９：００～１８：００　※土日・祝日・年末年始・慰霊の日6月23日は、休業。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 月 日 | 派遣者 |  |  |
|  |  |  |
| 施設長 |  | 係 | 備　　　考 |
|  |  |  |  |
| 内訳 | 司法 | 政治 | (1)医療･保健　(2)司法　(3)社会生活　(4)労働･雇用　(5)教育･保育　(6)福祉推進･社会参加活動　(7)その他 |

**以下は記入不要です。**