

(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
場 所	会場名：	
	住所：	
	TEL：	駐車場の 有 無
内 容		
通訳手段	※必要なものに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> リレー通訳 <input type="checkbox"/> 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週間前までをお願いします。 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。	

以下は記入不要です。

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	