**（様式第8号）**

**手話通訳者等　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 | |  | | | |
| 日　　時 | 平成　　　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 |  | | | | | | | | | | |
| 住所： | |  | | | TEL: | | |  | | |
| 内　　容 |  | | | | | | | | | | |
| 通訳手段 | ※必要なものに☑をしてください。  □手話通訳  □ろう通訳（リレー通訳）  □要約筆記下記から手法をお選びください。  ※パソコン　□全体投影　□ノートテイク  ※手　　書　□全体投影　□ノートテイク | | | | | | | | | メディア収録  ネット等予定の配信有無 | |
| 有　　／　　無 | |
| ※内容によっては、お受けいたしかねることもございます、ご了承ください。 | |
| 備考 | ※内容のわかる資料・要綱等がありましたら添付ください。 | | | | | | | | | | |
| 申込先 | 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  〒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  要約筆記派遣：oki-deaf8@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。**