**（様式第8号）**

**手話通訳者等　派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　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 | ※待ち合わせ時間：　　　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　　□リレー通訳□要約筆記【□ノートテイク　　□ＯＨＣ　　□パソコン】□盲ろう者向け通訳・介助【□手話（触手話・対面手話）　□点字（ﾌﾞﾘｽﾀ・指点字）　□音声　□その他　】 |
| 事務消耗品 |  |
| 備考 | ※内容のわかるチラシ・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　０９８－９４３－６５５６Email:oki-deaf5@otjc.org 携帯　jo-sen2865@docomo.ne.jp 080-2709-2865 |
| 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・祝祭日・年末年始は休み |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 月 日 | 派遣者 |  |  |
|  |  |  |
| 施設長 | 事務長　 | 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。**