（様式第１号）

平成　　年　　月　　日

手話通訳者派遣斡旋申込書

島根県聴覚障害者情報センター　所長　様

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

下記のとおり、手話通訳者の派遣斡旋をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　　　時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）  　　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 場　　　　　所 | 市、郡　　　　町、村　　　　番地  （施設名）  　　（会場名） |
| 催　物　名　等 |  |
| 手話通訳の内容  (該当欄に✔を付けてください) | 1、講演会　　2、パネルディスカッション  3、会　議　　4、授　業  5、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手話通訳者との  打ち合わせ日時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）  　　　　　　　　　時　　分　～　　　　時　　分  **（当日の事前打ち合わせ以外に必要な場合。）** |
| 添　付　資　料 | 別添のとおり。　　　　無し。 |
| 担当者名及び連絡先 | 【担当者】所　属  　　　　　氏　名  　　　　　連絡先(℡)　　　　　　(Ｆax) |
| 特　記　事　項 |  |

　注）裏面の注意書きをご覧ください。

|  |
| --- |
| **島根県聴覚障害者情報センター**　（ＴＥＬ**0852-32-5960**　ＦＡＸ**0852-32-5961**）  　〒690-0011　松江市東津田町1741-3（いきいきプラザ島根　3階） |

裏　面

【注意事項】

１、この依頼書は、派遣希望日時の１週間前までに提出してください。

　２、派遣手話通訳者名が決定しだい、後日書面（ＦＡＸ等）で通知します。

　３、派遣する手話通訳者の必要人数は、島根県聴覚障害者情報センターで決定し

ます。

　４、手話通訳者の謝金は、「3,000円／時、人」が基準です。

　　　なお、主催者の予算の都合で上記金額が負担できない場合は、主催者の予算の

範囲内でも構いませんが、少なくとも「1,000円／時、人」以上支給してくだ

さい。

　５、手話通訳者の交通費は、謝金とは別途に負担してください。

なお、その積算は主催者の内部基準に基づいたもので構いません。

おって、主催者で基準が無い場合は、公共交通機関を利用した場合はその実費を、自家用車を使用した場合は20円／ｋｍをお支払いください。

　６、謝金の対象時間は、催物の前後の打ち合わせ時間、別途の事前打ち合わせの時

間等、拘束される時間です。

７、催物の開催要領、チラシ等がありましたら、添付してください。

８、派遣決定通知後、講演原稿等参考になる資料、データ等を、事前にお送りくだ

さい。