様式第1号（第7条関係）

島根県意思疎通支援者派遣申請書

令和　　年　　月　　日

島根県聴覚障害者情報センター　所長　　　様

住所

申請者　氏名

(団体） FAX・電話　　（　　　）

島根県意思疎通支援者派遣事業実施要領第7条の規定により、下記のとおり意思疎通支援者（[ ] 手話通訳者・[ ] 要約筆記者）の派遣を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通訳日時 | 令和　　年　　月　　日（　　） | 　　時　　分から |
| 　　時　　分まで |
| 通訳場所(待合わせ場所) | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| FAX・電話 |  |
| 待合わせ時間 | 　　　時　　　分 |
| 派遣対象の聴覚障がい者等 |  |
| 通訳内容 |  |
| 通訳方式(要約筆記の場合のみ✔印を付けてください) | [ ] 1. 全体投影　　（ [ ] パソコン　・　[ ] 手書き ）[ ] 2. ノートテイク（ [ ] パソコン　・　[ ] 手書き ） |
| 事前打合せ日時(必要な場合記入) | 令和　　年　　月　　日（　　） | 　　時　　分から |
| 　　時　　分まで |
| 担当者及び連絡先 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| FAX/電話 | Tel　　　　　　　　　Fax |
| その他 |  |

注)裏面の注意書きをご覧ください。

裏　面

【注意事項】

1、この申請書は、派遣希望日時の１週間前までに提出してください。

　2、派遣する意思疎通支援者が決定次第、後日書面（ＦＡＸ等）で通知します。

　3、派遣する意思疎通支援者の必要人数は、催物等の時間を考慮して、島根県聴覚

障害者情報センターで決定します。

　4、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。

　5、派遣決定通知後、講演原稿等参考になる資料、データ等を、意思疎通支援者に

事前にお送りください。