様式５

手話通訳者派遣申込書

岐阜県聴覚障害者情報センター所長　様

 　　　 　申請日　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　込　者 | 団体名 | （担当者：　　　　　　　） |
| 住所 | 〒ＴＥＬ　　　　　　　 　　　ＦＡＸ　　　　　　　 |
| 派遣年月日 | 年　　月　　日（　　曜日） |
| 派遣予定時間 | 時　　分　　～　　時　　分 |
| 派遣場所 | 〒 |
| 待合せ場所待合せ時間 | （　　　　時　　　分頃） |
| 聴覚障害者の人数 |  　 　 　　名 |  |
| 通訳内容（具体的に） |  |
| 手話通訳者のメディアへの露出（※） | [ ] 無[ ] 有（全体撮影時に手話通訳者が映り込む）[ ] 有（手話通訳者のアップ、単体で映ることがある）　⇒【テレビ・新聞・広報誌・YouTube・その他配信（　　　　）】 |

（１）申込書は、原則として３週間前までに提出すること。

（２）申請の際には、できるだけ、依頼の概要、通訳配置図、資料等を添付してください。

※派遣による情報保障はその場限りのものであり、繰り返し利用する等の二次利用には原則対応できません。二次利用が目的の場合はご相談ください。