

手話通訳者派遣依頼書

依頼者名 (依頼団体名)	
件名	
日時	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
開催場所	〒 TEL() — FAX() — ----- ・最寄り駅,停留所(できるだけ詳しくお書き下さい。地図がございましたら、添付してください。)
対象者	・一般市民 ・その他()
対象人数	名
ご担当者	連絡先 TEL() — FAX() — E-mail adr: @
派遣通訳者等についてのご要望	
手話通訳料 基準(※1, 2)	1名の派遣に対し 1時間ごとに4,000円です。
通訳者交通費	実費にてお支払いをお願いしております
備考	

※1 大会、講演会、討論会等のイベントの場合は、2名以上の派遣になります。ご了承ください。

※2 派遣人数、料金についてご不明な場合はご連絡ください。

<お願い> 派遣先催し案内やチラシなどがございましたら、添付してください。

原則、通訳者の撮影はお断りしております。

諸事情によりやむを得ず通訳者の撮影を希望する場合は事前にお申し出ください。

特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 手話派遣センター

〒650-0016 神戸市中央区橘通3-4-1 神戸市立総合福祉センター
TEL/FAX 078-371-3218 PC E-mail: NPO.kobedeaf@gmail.com