

新潟市意思疎通支援派遣申請書

令和〇年〇月〇日

(宛 先) 新潟市長

ふりがな	〇〇 〇〇			この申請書を提出する日を記入してください。
申請者氏名 (担当者名)	〇〇 〇〇			
(団体名)				
住 所	〒△△△-△△△△ 新潟市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号			
F A X	(ない方はメール) △△△-△△△-△△△△	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
通訳内容 (通訳して欲しいこと、会う相手、行事名など)	腰痛の治療のための受診(整形外科・初診)			
	※チラシ・案内などがありましたら、本申請書と一緒にお願いします。			
	参加予定(会議、行事等の場合)※氏名・所属は分かる範囲で記入してください。 参加者(2)人、うち聴覚障がい者(1)人 参加者氏名・所属 〇〇 〇〇(申請者・受診者)、△△ △△(申請者の長男)			
必要とする通訳者等の人数	手話通訳(1)人 要約筆記()人(ノートテイク・OHC・パソコン)			
派遣日	令和〇 年 〇 月 〇 日(〇 曜日)			
通訳時間 (開始～終了)	午前 ・後 9時 00分 から 午前 ・後 11時 00分まで			
派遣場所	派遣場所名: 〇〇クリニック			
	所在地: 新潟市△△区△△町△丁目△番△号			
	通訳者の駐車場: あり なし			
待ち合わせ時間	午前 ・後 8時50分	待ち合わせ場所	〇〇クリニック北側入口	
事前打ち合わせ	あり(午前・後 時 分から) なし			
参考資料	あり(添付・後日送付) なし			
備考	ゆっくり手話をしてください。			

用件を詳しく記入してください。
通訳に必要な情報です。

事前に通訳者に伝えたいことなどを記入してください。

※個人への派遣の場合、以下は記載不要です。

その他確認事項	開場時間(受付開始時間): 時 分
	映像配信: あり・なし / 通訳映像の配信: あり・なし
	公開範囲: 申込者限定・一般公開(不特定多数の視聴)
	配信種類: Zoom・YouTube・その他()
	期 間: 生配信・アーカイブ(月 日～ 月 日まで)

※通訳の質を高めるために、事前準備は大変重要です。通訳内容に関する資料をご準備いただき、事前にご提供をお願いいたします。