

# 盲ろう者向け通訳・介助員派遣申込書 団体・企業

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会  
 地域福祉統括事業部 意思疎通支援部 派遣事業課  
 〒604-8437 京都市中京区西ノ京東中合町2

FAX：075-841-8312

メール：chiiki@kyoto-chogen.or.jp（平日9：00～17：00）

TEL：075-841-8337（平日9：00～17：00）

\*FAXは24時間受信可能ですが、17:00以降は翌日9:00～の受付となります（土・日・祝休み）  
 \*緊急時以外の派遣のご依頼は、できるだけお早めをお願いいたします。

		申込日	年	月	日
団体・企業名		担当者名：			
連絡先		TEL：	FAX：		
依 頼 内 容	実施日	年 月 日（ ）			
	時 間	午前・午後 時 分		～	午前・午後 時
	会場名				
	所在地				
	内容				
	盲ろう通訳介助の 必要な方	<input type="checkbox"/> 参加確認未 <input type="checkbox"/> 参加確認済			
	コミュニケーション 方法	<input type="checkbox"/> 弱視手話 <input type="checkbox"/> 手書き文字		<input type="checkbox"/> 触手話 <input type="checkbox"/> 音声通訳（リスピーク）	
	待合せ場所	(担当者)			
	待合せ時間	午前・午後 時 分			
	資料など	*内容のわかるチラシ・実施要綱・プログラムなどの資料がありましたら同送願います。 メールの場合は、上記メールアドレスへお送りください。 ※件名欄に、実施日とご依頼団体企業様名をご入力願います。 <input type="checkbox"/> 別紙（ ）枚をFAXします <input type="checkbox"/> 別途郵送します→（ ）月（ ）日頃 <input type="checkbox"/> 資料がそろい次第（ FAX・郵送・メール ）します→（ ）月（ ）日頃 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
費用	<input type="checkbox"/> 費用負担できる <input type="checkbox"/> 費用負担できない <input type="checkbox"/> 費用について相談したい				
必要書類	*見積書の発行について：お申し込みから2週間程度、要します。 *請求書について：実施日より1ヶ月程度を目途に発行いたします。 締め日等のご都合がある場合はご連絡ください。ただし、ご希望に添えない場合もございます。ご了承願います <input type="checkbox"/> 見積書（実施前にFAX・メール※公印なし） <input type="checkbox"/> 見積書（実施前に郵送※公印あり） <input type="checkbox"/> 見積書（実施後、請求書と一緒に郵送） <input type="checkbox"/> 請求書（ 月 日までに必要） <input type="checkbox"/> 納品書 <input type="checkbox"/> 完了届 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※銀行振込の控えをもって、領収書とさせていただきます。				
請求書等宛名					
請求書送付先 担当者名	〒 _____				

手話通訳依頼のFAXが届きましたら、申し込み受取書を返信いたします。  
 2～3日しても返信がない場合はお問い合わせください。

改定 2022年12月1日