

手話通訳派遣申込書 団体・企業

		申込日	年	月	日
団体・企業名		担当者名：			
連絡先		TEL：		FAX：	
		メール：			
依頼内容	実施日	年 月 日 ()			
	時 間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分			
	会場名				
	所在地				
	待合せ場所	(担当者)			
	待合せ時間	午前・午後 時 分 ※指定がない場合は10分前とさせていただきます。			
	内 容 (行事名)				
	撮影・配信など 有無	☐ 配信あり ☐ 配信なし ☐ 録画あり ☐ 録画なし			
	手話の必要な方	☐ 参加確認済み (対象者名) ☐ 月 日頃確認予定 ※確認後、対象者名をお知らせください。 ☐ 参加確認はせず実施 ☐ 必要な方がおられない場合は派遣依頼をキャンセル (月 日に判断)			
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、下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。 ☐ 別紙 () 枚を添付します ☐ 別途郵送します→ () 月 () 日頃 ☐ 資料がそろい次第 (FAX・郵送・メール) します→ () 月 () 日頃 ☐ その他 ()				
費 用	☐ 費用負担できる ☐ 費用負担できない				
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。 ☐ 見積書 (実施前にFAX・メール※公印なし) ☐ 見積書 (実施前に郵送※公印あり) ☐ 見積書 (実施後、請求書と同額で作成) ☐ 納品書 ☐ 完了届 ☐ 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	〒 送付方法 ☐ 郵送 ☐ メール (PDFでお送りします。)				

手話通訳派遣の依頼が届きましたら、申し込み受取書をお送りいたします。
 申し込み後2～3日しても返信がない場合は、お手数ですが下記までお問い合わせください。

【連絡先】

京都市聴覚言語障害センター 情報提供施設部 意思疎通支援課

〒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

TEL：075-841-8337 (平日9:00～17:00)

*FAX・メールは24時間受信可能ですが、17:00以降にお送りいただいた依頼は、

翌営業日9:00以降の確認・受付となります(土・日・祝、年末年始(12月29日～1月3日)休み)

*緊急時以外の派遣のご依頼は、できるだけお早めにお問い合わせください。

改定 2025年3月