

新潟市意思疎通支援派遣申請書

年 月 日

(宛 先) 新潟市長

ふりがな			
申請者氏名 (担当者名)			
(団体名)			
住 所	〒		
F A X	(ない方はメール)	電話	
通訳内容 (通訳して欲しい こと、会う相手、行 事名など)	※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()人、うち聴覚障がい者()人 参加者氏名・所属		
必要とする通訳 者等の人数	手話通訳()人 要約筆記()人	(ノートテイク・OHC・パソコン)	
派 遣 日	年	月	日(曜日)
通 訳 時 間 (開始～終了)	午前・後	時	分 から 午前・後
派 遣 場 所	派遣場所名:		
	所在地:		
	通訳者の駐車場: あり・なし		
待ち合わせ時間	午前・後	時	分 待ち合わせ場所
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			

※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。