

手話通訳派遣申込書

★まずはお電話でご連絡の上、申込書をFAX、またはメールに添付してお申込ください
 お申込先: 福井県聴覚障がい者センター tel/0776-63-5572 fax/0776-63-6692
 E-mail: deaf2009fukui@yahoo.co.jp

社会福祉法人 福井県 聴覚障がい者協会 丸山 継男 様
 下記のように手話通訳者の派遣を申し込みます。

申込者 (企業、団体名)	(担当者名)
住所	〒 TEL: FAX:
派遣目的	(行事名) (内容) (派遣通訳者数 名) (対象ろう者名) _____ わかる場合のみで結構です
派遣日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (舞台通訳などの場合、影アナの通訳も必要になります) 影アナの 有 無 (どちらかに○をつけてください) 有る場合 開始時間をご記入ください。(開始時間の 分前)
事前打合せ	※通常は当日通訳開始 30 前に打ち合わせます。 30 分を超える打ち合わせ時間を設定された場合は通訳時間に合算させていただきます。 当日の午前・午後 時 分~または 月 日の午前・午後 時 分~ 打合せ場所 _____ (打合せ担当者名) _____ 連絡先(携帯番号等) _____
会場名	(会場名) 住所 _____ TEL _____
駐車場	(通訳者の駐車場の確保をお願いいたします) (場所) 有料・無料 (どちらかに○をつけてください) 有料の場合は実費を請求させていただきます。
ご請求に関して	(請求先名) 請求書に記載するお名前をご記入ください。申込者(企業名)と同じ場合には記入不要です。 請求書の送付先 住所 〒 _____ 様宛 (後日請求書を発送いたしますので銀行振り込みでお願いします・振込み料はご負担ください) その他の支払い方法 _____

手話通訳派遣についてのお願い

【事前をお願いしたいこと】

手話通訳を見やすい服装に配慮する必要上、舞台背景の色などをお教えてください。
(例:通訳者の服装が黒、背景も黒の場合、同化してしまい手だけが浮き上がってしまうため)

事前資料(司会進行表・ご挨拶などの原稿・講演などのレジメなど)がありましたら、通訳の参考にいたしますのでできるだけ早めに当協会までお送りください

(FAX・データ送信可) **データの場合** deaf2009fukui@yahoo.co.jp
FAXの場合 0776-63-6692

【当日お願いしたいこと】

大会・講演会などは手話通訳が見やすい位置にろう者専用の席をご準備ください。
(会場によって条件が異なりますので、協会までご相談くださるか、当日通訳者にご確認ください)

式典など、開会前に影アナがある場合はそこから手話通訳をお付けくださるようご配慮をお願いいたします。影アナや、上映会などの場合は舞台が暗くなります。その場合、通訳者にスポットを当てていただくようお願いいたします。

事前打合せは通訳者の交替タイミング確認のため司会進行担当者と一緒にさせていただけるようお願いいたします。通訳の位置については事前打合せの際、通訳者にご確認ください。舞台通訳の場合は通訳者の立つ位置にテープを張っていただく場合もあります。

会議通訳の場合は通訳者への聞こえの保障のためマイクの使用をお願いいたします。また、複数の方が同時に発言される事がないよう進行のご協力をお願いいたします。

舞台通訳の場合も、スピーカーは客席に向かって設置されているので舞台上の通訳者には聞こえにくい場合があります。よりよい通訳をするために、モニタースピーカーなどを通訳者の前方足元にご準備ください。

控えの通訳者の場所に通訳人数分の椅子をご準備ください。また、長時間にわたる通訳の場合は、通訳者の為に飲料水をご準備ください。

その他、ご不明な点がございましたら協会までお問い合わせください。

手話通訳者が決定しましたらお知らせいたします。

【お問い合わせ・お申し込み先】

〒910-0026

福井市光陽2丁目3-22 県社会福祉センター2F

福井県聴覚障がい者センター内
社会福祉法人 福井県聴覚障がい者協会

手話通訳:要約筆記派遣担当 西川

TEL(0776)63-5572 FAX(0776)63-6692

deaf2009fukui@yahoo.co.jp