

多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書

平成 年 月 日

財団法人岡山県国際交流協会 御中

TEL : 086-256-2914

FAX : 086-256-2489

申請者 団体名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____

印 _____

次のとおり、多文化共生コミュニケーションサポーターの派遣を申請します。なお、下記事項について、遵守することを確約します。

| 依頼言語 | 語 | | | | | | | |
|--|---------------------|---|-----|---------|---|-----|---|-----|
| 学校・行政機関等 連絡責任者 | 所在地 | 〒 () | | | | | | |
| | (ふりがな) 所属 / 氏名 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | FAX | | | | | |
| | E-mail | | | | | | | |
| 支援対象者 | (ふりがな) 氏名 | | | | | | | |
| | 国籍 | | 性別 | 年齢 (学年) | | | | |
| | 日本語レベル | <input type="checkbox"/> 全く話せない <input type="checkbox"/> ある程度話せる <input type="checkbox"/> 把握していない | | | | | | |
| | 対象者の同意 (該当番号に○印) | 1. 可 2. 否 | | | | | | |
| 日時 活動時間は原則2時間です。 | (第1希望)平成 | 年 | 月 | 日 () | 時 | 分から | 時 | 分まで |
| | (第2希望)平成 | 年 | 月 | 日 () | 時 | 分から | 時 | 分まで |
| 場所 | (派遣先) | | | | | | | |
| | (待合せ場所) | | | | | | | |
| 依頼内容 ※通訳の参考となる資料がある場合は添付してください。 | (できるだけ具体的に書いてください。) | | | | | | | |

記

- 多文化共生コミュニケーションサポーターが行う通訳及び付随する業務に関して、財団法人岡山県国際交流協会又は多文化共生コミュニケーションサポーターに責任を問うことはいたしません。
- 多文化共生コミュニケーションサポーターの個人情報については、支援対象者及び第三者に漏らしません。
- 依頼内容の急な変更やキャンセルの場合には、財団法人岡山県国際交流協会に直ちにその旨を告げ、適切な措置をとります。