

多文化共生コミュニケーションサポーター派遣申請書

年 月 日

一般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。

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、一般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、一般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。

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	(第1希望)	年 月 日 ()	時 分から	時 分まで
	(第2希望)	年 月 日 ()	時 分から	時 分まで
場所	(派遣先)			
	(派遣先住所)			
	(派遣先担当者)			
	(派遣先電話番号)			
	待合せ場所		駐車場	有・無 その他 ()
依頼内容	※できるだけ具体的に書いてください。通訳の参考となる資料がある場合は添付してください。			