学校・行政機関等用

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

1. 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。
2. 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。
3. 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	□ 全く話せない　□ ある程度話せる　□ 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。					