

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

申請者 団体名 \_\_\_\_\_

FAX : 086-256-2489

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				
	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。							