別紙１－２

市町村 ⇔ 福岡県災害時多言語支援センター

**福岡県災害時多言語支援センター　宛**

**（FAX:092-725-9206 / mail:info@kokusaihiroba.or.jp)**

**（電話:092-725-9200（10時～19時)、080-9154-1907（19時～翌朝10時））**

通訳派遣依頼書／回答書

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日時 | 年　　　月　　　日　　　　時　　　　分 |

１．依頼者(市町村)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 |  | 所属名 |  |
| 担当者名 |  | 電 話 |  |
| FAX |  | メール |  |

２．通訳派遣依頼内容

|  |
| --- |
| **（１）派遣場所（施設名・住所）** |
| **（２）業務内容** |
| **（３）希望する派遣期間**  　　　 　年 　　月 　　日～ 　　年　 　月 　　日（時間帯：　　　　　　　　　　） |
| **（４）派遣先の環境**※分かる範囲で結構ですので記入してください。  ○宿泊場所：　有（　　　　　　 　　　　　　）・　無　・　不明  ○交通機関：　公共交通機関で行ける　・　車で行ける  ○その他　：  　　　　　　　　※「その他」→ 寸断されている鉄道や道路の情報等を記入してください。 |
| **（５）通訳希望言語**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 言語 | 人数 | 備考（特に希望したい内容） | 派遣可否  ※ｾﾝﾀｰ記入欄 | | 英　語 |  |  |  | | 中国語 |  |  |  | | 韓国語 |  |  |  | |  |  |  |  | |

　　　　　　　　　　　　福岡県災害時多言語支援センター記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日時 | 年　　月　　日　　時　　分 | 受付番号 |  |
| 受付者 | (所属)  (氏名) | 受付者 | (所属)  (氏名) |