

送付先:川崎市ふれあい館 FAX:044-287-2045

メール:fureaikan@seikyu-sha.com

通訳・翻訳申請書 兼 報告書

川崎市ふれあい館 様

依頼日 令和 年 月 日

1 次のとおり申請します

申請機関・団体名		依頼区分	<input type="checkbox"/> 通訳 <input type="checkbox"/> 翻訳
所在地		代表者氏名	
担当者氏名		電話	
FAX		メールアドレス	

(1)通訳申請概要

派遣希望日時 原則1回2時間 2時間を超える場合は ご相談ください	第1希望	月	日	曜日	:	~	:
	第2希望	月	日	曜日	:	~	:
通訳する言語	語 (その他可能な言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 語)						
通訳する場所							
通訳内容	具体的な通訳内容をなるべく詳細に記載。個人情報回避してください。						
通訳対象の方について、お分かりになる範囲でご記入ください							
・本事業の利用回数	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回目以降 <input type="checkbox"/> 不明						
・来日してどれくらい経つか	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1~3年 <input type="checkbox"/> 3~10年 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 不明						
・日本語力	<input type="checkbox"/> かなりできる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> 全くできない <input type="checkbox"/> 不明						
・その他特に配慮が必要な場合は記入してください							
備考 (事業者記入欄)							

(2)翻訳申請概要 ※翻訳を希望する原本を添付してください。

翻訳内容	具体的な翻訳内容をなるべく詳細に記載。個人情報回避してください。						
翻訳する言語	語	完成希望日	月	日	曜日		
翻訳物送付先	<input type="checkbox"/> 申請者メール <input type="checkbox"/> 申請者FAX <input type="checkbox"/> その他()						

2 実施結果(事業者記入欄)

実施日時	月	日	曜日	:	~	:
協力者氏名						
備考						