|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 依頼者氏名/所属・国籍 |  |
| 連絡先住所/TEL/Email | 住所：  TEL：　　　　　　　　　　　　　Email: |
| 当制度を何で知りましたか | □市役所　　□当協会HP　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 依頼内容・言語・分野  （分野は一覧表より選択） | □通訳（対面希望 / オンライン希望）  □翻訳（締め切り希望日　　　　年　　　 月　　　　日 / 無）  （言語）　　　　　　　（分野） |
| ※➀希望日時、②候補日、  ③すでに決まっている日時 | ➀□平日 　□土曜日 □日曜日 □午前 □午後 □夜間  ②　　年　　　月　　　日、　　　月　　　日、　　　月　　　日  ③　　年　　　月　　　日　　　　　時　～　　　　　　時 |
| ※場所（住所・施設名）  最寄り駅等 | 場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  最寄り駅からの行き方 |
|  | |
| ※通訳の内容について  **□通訳する相手は２人以上ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　 はい（　　　　　人） / いいえ**  **□宗教上等の理由により、性別等について希望がありますか？　 はい（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） / いいえ**  **□３回以上継続することが予定されていますか？　　　　　　　　　 はい　/ いいえ** | |
| 通訳・翻訳依頼内容について　（依頼内容概要、通訳相手情報について記入のこと） | |
| 協会及びコミュニティ通訳・翻訳サポーターへの連絡事項 | |
| 下記の事項について同意確認後、チェックを入れて依頼内容を送信してください。   * 私は、上記依頼について貴協会所属コミュニティ通訳・翻訳サポーターが行う活動及び活動に関連するものにおいて、公益財団法人千葉市国際交流協会及びコミュニティ通訳・翻訳サポーターに対して責任を問いません。 | |