

手話通訳者派遣依頼書(普通・至急)

青森市役所 障がい者支援課

令和 年 月 日()

FAX 017-734-5329

TEL 017-734-5327

E-Mail shuwa_youyaku@city.aomori.aomori.jp

名 前		FAX
通訳内容		
派遣日時	令和 年 月 日() AM・PM	時 分 ~ 時 分
派遣場所		
待ち合せ	場所	時間 AM・PM 時 分
備 考		
遠隔による 手話通訳 の希望	希望する	希望しない

※下記に事由等記載して下さい。

遠隔手話通訳を希望する理由

私は、次の利用規定に同意のうえ、遠隔手話通訳の利用を申し込みます。

利用規定

- 1 遠隔手話通訳を利用するアプリケーションソフトは「Zoom」とし、利用者は自らそれを使用できる環境を整えるものとします。
- 2 遠隔手話通訳を利用する際に利用するスマートフォン又はタブレット等の通信料については、利用者の自己負担となります。
- 3 遠隔手話通訳は電波を利用した通信回線を利用するため、当日の通信状況や利用する端末の状況により利用できない場合があります。