

愛知県災害多言語支援センター宛 (center@aia.pref.aichi.jp FAX: 052-961-8045)

通 訊 派 遣 依 頼 書 / 回 答 票

依頼日時 年 月 日 時 分

1. 依頼者（被災地側）

団体名		所属名	
担当者名		電話	
FAX		メール	
備考			

2. 通訊派遣依頼内容

(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御記入ください。 ・宿泊場所： 有（ ）・無・不明 ・交通機関：公共交通機関でいける・車でいける ・その他：（ ） ↑寸断されている鉄道や道がないかどうか等を記入。			
(5) 派遣を希望する通訳者の言語・人数			↓センター記載欄
言語	人数	備考（性別の希望、派遣期間の特記等）	派遣可否等
語			
語			
語			
語			

↓
詳細は【様式3-3】

愛知県災害多言語支援センター記入欄

案件番号		受付日時	年 月 日 時 分
受付者	総務班 氏名（ ）	担当者	広域支援班 氏名（ ）

※【管理様式3】の業務内容に従い対応してください。データ名には、案件番号を付記してください。