

FAX用原紙

* 依頼の際は、この原紙をコピーしてお使い下さい。

行政通訳(専門)

申込方法

- ①必要事項をご記入の上、横浜市国際交流協会へメール/FAXして下さい。
 - ②メール/FAX送信後、受付窓口にて電話でご確認ください。
- <依頼は、派遣希望日の1週間前までにお願いします。>

【通訳方法】

- ☐映像通訳(タブレット)
- ☐電話通訳
- ☐対面通訳

依頼日 年 月 日

公益財団法人 横浜市国際交流協会(YOKE) 御中

下記により通訳ボランティアの派遣を依頼します

通訳ボランティア派遣 依頼票 (行政 (専門))

依頼 機 関 記 入 欄	言語	語 または 語		
	派遣希望日時	年 月 日 曜日 時 分 ~ 時 分 * 原則として、月～金(祝日除く)8:45～17:15の2時間以内です。当日の延長はできません。		
	事前打合せ日時希望 * 別途調整	☐ 派遣日当日に実施→ 時 分 ~ 時 分 ☐ 別日程での実施を希望 ※特に必要がある場合は、別日程での打合せも可能です。		
	行政区分 ✓をつけてください	☐ 児童相談所 ☐ 療育センター ☐ 福祉保健センター生活支援課 ☐ 市民相談室 ☐ 区役所特別相談 ☐ 特別支援教育総合センター ☐ 消費生活総合センター ☐ その他()		
	機関名等	(名称) ふりがな	(部署名等)	(依頼者名) ふりがな (所在区) 区 * 管理職が依頼してください
	担当者	(氏名) ふりがな	(電話)	(FAX)
	通訳場所	☐ 依頼者と同じ ☐ 外国人等の自宅 ☐ その他() 最寄り駅・バス停: 下車徒歩 分		
	通訳内容	具体的な通訳内容・外国人人数などなるべく詳細に。個人情報には避けて下さい。 * 行事・診療等の通訳は行いません。* 翻訳はできません。		
	通訳対象の外国人等についておわかりになる範囲でご記入ください			
	・国籍/出身国: ()		・人数(人) ☐ 男性 ☐ 女性	
	・来日してどれくらい経つか: ☐ 1年未満 ☐ 1～2年 ☐ 3～5年 ☐ 6～10年 ☐ 10年以上 ☐ 不明			
	・日本語力: ☐ かなりできる ☐ 少しだけできる ☐ まったくできない ☐ 不明			
	・その他特に配慮が必要な場合は記入してください。(例: 結核などの感染症リスク、通訳者の性別等)			
	・継続性: ☐ 新規 ☐ 継続 ⇒ 前回派遣日: 月 日			
	・通訳者について: 通訳者の指名が必要な場合は、お電話にてご相談ください。			
! ご確認ください! 市民通訳ボランティアはボランティアであり、プロの通訳ではありません。万一、通訳内容に関してトラブルが生じても、ボランティア及び公益財団法人横浜市国際交流協会は、責任を負うことはできません。通訳内容については、依頼者が責任を持ってご確認ください。また通訳場面においては、できるだけマスクの着用を心がけてください。				
☐ 同意する ☐ 同意しない←チェックをつけてください。				
受付窓口および受付時間(時間外の場合は、翌日お電話確認をお願いします)				
公益財団法人横浜市国際交流協会(YOKE)				
E-mail : c-shibora@yoke.or.jp				
TEL:045-664-4665		月～金: 10:00-16:30		
FAX:045-222-1187		休館日: 土曜日・日曜日・祝日・年末年始		
受付窓口記入欄	受付番号:	派遣ボランティア名:		
	受付者名:	依頼機関への連絡者名:		