（様式第8号）

手話通訳活動報告書

　 年　 　月　 　日

群馬県聴覚障害者コミュニケーションプラザ館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通訳者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼市町村名 |  |
| 実施日時 | 　　　年 　 月 　　日（ 　 ）　　時 　　分 ～ 　時　 分 |
| 派遣申請者氏名 |  | 年齢(年代) |  |
| 派遣場所 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 派遣事項 |  |

＊ここは記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委託元 |  | 場所 |  | 内容 |  | 区分 |  | 距離 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 経過・結果 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* 欄が不足した場合は、裏面に記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

以下の５項目については、随時、チェックをしましょう

□業務や活動における過度な負担をなくし、休憩や休息を適切にとれているか

□体や心に不適切な負担を生じないよう、働く環境を整備しているか

□日ごろからストレッチ体操や体力作りに取り組んでいるか

□手話通訳者の活動にかかわる心身の負担や健康管理方法について繰り返し学習しているか

□検診によって健康状態を把握し、健康状態に応じた働き方や活動を心がけているか