

# 志 愿 者 翻 译 申 请 表

填写日： 2 0 年 月 日

◆申请人：（注音假名）

家庭住址：

电话号码： FAX（传真）：

手机：

◆需要翻译者：（注音假名）

国名/语言 / 年龄： 性别： 男性 · 女性

日期：

时 间： 点 分 ~ 点 分

地 点：

翻译内容（尽量具体填写）：

※ 此制度由市民志愿者协助实施。对误译等一律不承担任何法律责任，敬请谅解。 如果您  
需要能承担责任的翻译，请委托专业翻译。

※ 为有足够时间协调志愿者翻译，原则上，请至少提前 10 天提交此申请表。

【申请·咨询处】 堺市文化观光局国际部国际科（堺市立多文化交流中心内）

〒590-0078 堺市堺区南瓦町 2-1 堺市综合福祉会馆内 5 楼

TEL 072-228-7499 / 072-340-1090

FAX 072-340-1091 E-mail kokusai@city.sakai.lg.jp