



Translation & Interpretation Unit (TIU)  
 2340 Jackson Street, 4th Floor  
 San Francisco, CA 94115  
 Tel: 415.749.3410; Fax: 415.749.3489

第一言語でアシスタンスサービスを受けるための申請書  
 (Primary Language Assistance Request Form)

-本部

無料の翻訳・通訳サービスに申し込むにはこの用紙にご記入下さい。

ご父母・保護者連絡先情報

日付: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 電話番号 (自宅): \_\_\_\_\_

電話番号 (携帯): \_\_\_\_\_ 電子メール: \_\_\_\_\_

学校名: \_\_\_\_\_

学級担任名: \_\_\_\_\_

お子さんの氏名: \_\_\_\_\_ ご家庭で使用される第一言語: \_\_\_\_\_

該当する箇所に” x ” マークを付けてください (複数可)。

\*以下において発行されたうち、次の文書の翻訳を要します \_\_\_\_\_

- エデュケーショナル・プレースメント・センター
- 特別教育課
- DELAC委員会 (学区内における英語学習に関する顧問委員会)
- 生徒支援サービス
- ギフテッド教育プログラム (GATE)
- 学区長事務局
- その他の文書: \_\_\_\_\_

\*以下の通訳サービスを要します:

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> エデュケーショナル・プレースメント・センター          | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> 特別教育課                           | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> DELAC委員会 (学区内における英語学習に関する顧問委員会) | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> 生徒支援サービス                        | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> ギフテッド教区プログラム (GATE)             | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> 学区長事務局                          | 日付: _____ | 時間: _____ |
| <input type="checkbox"/> その他のミーティングおよびイベント: _____        | 日付: _____ | 時間: _____ |
|  | 日付: _____ | 時間: _____ |
|  | 時間: _____ | 場所: _____ |

用紙にご記入の上、学級担任または学校事務スタッフに提出してください。提出いただいた申請書は私どもの手元に届くようになっております。

皆さんの翻訳・通訳ニーズは我々にとって非常に重要です。

緊急の場合を除き、学区により認定された通訳以外の者は (生徒やその他の子供を含む) 通訳を行うことができません。

その他の詳細、ご不明な点については留守番電話 (415-522-7343) にてメッセージをお預かりいたします。翻訳済み文書へのアクセスについては、ウェブサイト [www.sfusd.edu](http://www.sfusd.edu) の ページ一番下に表示されている “Translated documents” をクリックしてください。

すべてのサービスは無料です。

Primary Language Assistance Request Form: Central office - Japanese