

要約筆記者派遣申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

			申込年月日	平成	年	月	日
申 込 者	団体名			担当者名			
	住 所	〒					
	連絡先	電 話			FAX		
		Eメール					
派 遣 年 月 日		平成		年	月	日 ()	
行 事 開 催 時 間		時	分	～	時	分	
集 合 時 間		時	分				
要約筆記の種類		・ 手書き (スクリーン投影 / ノートテイク) ・ パソコン (スクリーン投影 / ノートテイク)					
内 容	行事名						
	形 式	・ 講演会形式 ・ シンポジウム、パネルディスカッション形式 ・ その他 ()					
派 遣 場 所					集 合 場 所		
準備可能な機材 ○をしてください	手書き	スクリーン ・ プロジェクタ ・ OHC ・ 電源 ・ 机 ・ 椅子					
	パソコン	スクリーン ・ プロジェクタ ・ 表示用パソコン ・ 電源 ・ 机 ・ 椅子					
		* OHCおよび表示用パソコンについては、要約筆記者持込も可能です。その場合、機材使用料(1,000円)がかかります。また、手書き派遣の消耗品(OHCロール)は、主催者の負担となります。派遣費の請求とともに実費を請求させていただきます。					
資 料 等		* 実施要項、チラシ、シナリオ、講演資料等がありましたら送信してください。 会場レイアウトがある場合は事前にご提供ください。					
		資料送付予定日: 月 日頃 (郵送 ・ FAX ・ メール)					
備 考							
当協会のホームページに掲載させて頂いてもよろしいでしょうか。 情報保障のある行事、不特定多数を対象とした行事であることを掲示し、参加を呼びかけさせていただきます。 都合により掲示できない場合もあります。							可 ・ 不可

◆申込書は、必要事項に記入・○をつけ、原則として15日前までに提出してください。
 (依頼内容によっては派遣ができない場合があります。)

◆派遣申込書のFAXが届きましたら、下記の【申込書受理通知】を返信させていただきます。

【要約筆記者派遣申込書受理通知】		
	様 平成 年 月 日	
上記申込書を受理いたしました。 派遣者が決定した時点で、「決定通知書」をFAXいたします。 派遣者の決定まで、若干お時間がかかります。今しばらくお待ちください。		
【連絡先】公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 (鳥取県西部聴覚障がい者センター 担当:山根) FAX 0859-30-3660 / E-mail yamane@torideaf.jp	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="text-align: center;">受理印</td> </tr> </table>	受理印
受理印		