

## 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	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		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。  
(申し込み後、1週間以内に受理通知が届かない場合は、お手数ですがご連絡ください。)

<b>【要約筆記者派遣申込書受理通知】</b>		
		様 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		受理印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>