**要約筆記派遣申込書**

**★まずはお電話でご連絡の上、申込書をFAX、またはメールに添付してお申込ください**

**お申込先：福井県聴覚障がい者センター　tel/0776-63-5572 　fax/0776-63-6692**

**E-mail: deaf2009fukui@yahoo.co.jp**

**社会福祉法人　福井県　聴覚障がい者協会　理事長 村上　健　様**

**下記のように要約筆記の派遣を申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者  (企業、団体名） | （ふりがな）  （ご担当者名） |
| 住所 | 〒  TEL：  FAX：  E-mail： |
| 派遣目的 | （行事名）    （内容）    （派遣筆記者数　　　　名）　　　（対象難聴者名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　わかる場合のみで結構です |
| ご希望を○で囲んでください  **※スクリーンを使用する多数の難聴者を対象とした支援**  手書きOHC＋プロジェクター（　　　　　）　　　　　　　パソコン＋プロジェクター（　　　　　）  **※特定の難聴者の横に座ってノートに手書きか、パソコンなどを使って文字を表示する支援**  手書きノートテイク（　　　　　）　　　　PCノートテイク（　　　　　）　　　　どちらでも可（　　　　　） |
| 開催日時 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）  **（下記の時間は影アナウンスを含んだ時間で記入してください）**  **要約筆記開始時間**　（午前・午後）　　　　時　　　　分　～　　　（午前・午後）　　　　時　　　　分 |
| **●セッティングにかかる時間として、上記の時間よりも、全体投影（パソコン、手書き共）は1時間前、パソコンノートテイクは30分前を派遣開始時間といたします。**  **●セッティングを別日、別時間に希望される場合（開場してからセッティングはしないでほしい場合等）は、希望日と時間をお知らせください。　※但し別料金が発生します。**  　　　月　　　　　日　（　　　　）　　（午前・午後）　　　　　　時～ |
| 事前打合せ | 通常、事前打合せは作業開始30分前からでもかまいませんが、  早い時間の打合せをご希望の場合はセッティング開始30分前集合に限り無料です。  当日の午前　　・　午後　　　時　　　分～または　　月　　　日の午前　　・　午後　　　時　　　分～  待合せ場所　　　　　　　　　　　　　　　　　　打合せ場所  （ふ　り　が　な）  （打合せご担当者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（携帯番号） |
| 会場名 | （会場名） 住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 駐車場 | （筆記者の駐車場所や機材搬入口の地図などもFAX等でお知らせください）  （場所）  有料　・　無料　　（どちらかに○をつけてください）有料の場合は実費を請求させていただきます。 |
| ご請求に関して | （請求先名）請求書に記載するお名前をご記入ください。申込者(企業名）と同じ場合には記入不要です。 |
| 請求書の送付先 　　住所　〒様宛  （後日請求書を発送いたしますので銀行振り込みでお願いします・振込み料はご負担ください）  その他の支払い方法 |

※別紙の「要約筆記必要備品」を参照の上、機材借用申込書をご提出ください