

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