

# 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 丸山 継男 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)	(ご担当者名)
住所	〒  TEL: FAX:
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
	いずれがよいか以下を○で囲んでください <b>※スクリーンを使用する多数の難聴者を対照とした支援</b> 手書き OHC+プロジェクター( ) パソコン+プロジェクター( ) <b>※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</b> 手書きノートテイク( ) PC ノートテイク( ) どちらでも可( )
派遣日時	平成 年 月 日( )  午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (舞台通訳などの場合、影アナの筆記も必要になります)
	影アナの 有 無 (どちらかに○をつけてください)  有る場合 開始時間をご記入ください。(開始時間の 分前)
事前打合せ	※通常は当日通訳開始 30 前に打ち合わせます。 当日の午前・午後 時 分~または 月 日の午前・午後 時 分~
	打合せ場所  (打合せご担当者名) 連絡先(携帯番号等)
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

※別紙の要約筆記備品一覧をご確認の上、筆記者側で準備が必要な機材、主催者側で準備可能な機材に○をつけて(FAX かメールで)お送りください。