

# 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)	(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	平成 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