

# 要約筆記者派遣依頼書団体・企業用

令和 年 月 日

社会福祉法人 大分県聴覚障害者協会 理事長 殿

ご依頼主 (主催者名)	団体名:
	代表者:
	住 所:〒
	電話: FAX :
	E-mail アドレス:
	担当者:

要約筆記者を下記の要領で派遣くださるようお願い申し上げます

行 事 名	
主 催	
期 日	令和 年 月 日 ( )
時 間	時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 集合 時 分※場所( ) <input type="checkbox"/> 打ち合わせ 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 開演 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他 時 分～ 時 分
会 場	
参加者数	約 人
派遣通訳者数	<input type="checkbox"/> 大分県聴覚障害者協会に任せる【 】 <input type="checkbox"/> 希望人数( )人
そ の 他	<input type="checkbox"/> リハーサル(ある: 月 日 時～ 時頃まで・なし) <input type="checkbox"/> 要約筆記用機材の運搬( 月 日頃)取りに行きます <input type="checkbox"/> 要約筆記用機材設置( 日)※設置は筆記者が行います <input type="checkbox"/> 関係資料( 日迄に・郵送・FAX・E-mail・特になし) <input type="checkbox"/> 視覚的機器の使用 OHP パワーポイント ビデオ上映 歌・音楽演奏 その他( ) <input type="checkbox"/> 動画配信 なし・ある <input type="checkbox"/> 一般参加が(できる・できない・整理券が必要) <input type="checkbox"/> 参加費 なし・ある( 円)・参加締切日: 月 日 ※ 一般参加ができる場合聴覚障害者に呼びかけます <input type="checkbox"/> ブログ掲載可 <input type="checkbox"/> 駐車場(準備している・各自で確保)
派 遣 予 算	<input type="checkbox"/> 大分県聴覚障害者協会の基準に合わせる【 】 ※ 主催団体の予算でお願いしたい <input type="checkbox"/> 謝 金 _____円×_____人 <input type="checkbox"/> 交 通 費 _____円×_____人 <input type="checkbox"/> 消耗品費 _____円 合計 _____円

〒870-0907 大分市大津町 1-9-5 大分県聴覚障害者センター内 担当:徳永  
 (TEL:097-551-2152 FAX:097-556-0556 E-mail:df-oita6@toyonokuni.jp)

※開館時間:午前 8 時 30 分から午後 5 時まで(木曜日は午前 8 時 30 分から午後 9 時まで)

※休館日:水曜日・祝日・年末年始 ※FAX は 24 時間対応(お返事は開館時間内になります)