

# 要約筆記者派遣依頼書

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

〒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:岩田<sup>いわた</sup>

〈TEL:097-551-2152 FAX:097-556-0556 E-mail:df-oita1@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)

依頼者

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
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・なし) 参加(できる・できない) ※参加できる場合→( 日 時 分～ 時 分) <input type="checkbox"/> OHC 機材の運搬( 月 日 時頃)取りに行きます ※機材の運搬は主催者の方をお願いしています <input type="checkbox"/> OHC 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"/> 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) ※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"/> 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"/> 派遣経費 _____円× _____人 <input type="checkbox"/> 交 通 費 _____円× _____人 <input type="checkbox"/> 消耗品費 _____円 合計 _____円