

様式 2 (傍聴時の支援等を希望する場合)

年 月 日

会 議 傍 聴 申 込 書

愛知県地方精神保健福祉審議会会長 殿

年 月 日に開催予定の、貴会議の傍聴を申し込みます。

住 所

氏 名

年 齢

連絡先 電話番号

ファックス

傍聴時に希望する支援等

点字による会議資料

手話通訳

要約筆記

- 備考
- 1 この様式は、視覚障害又は聴覚障害のある方が傍聴時に点字による会議資料等を希望され、開催の1週間前までに申込みをされる場合に限りです。
 - 2 この様式により申込みをされても傍聴の申込み多数のため抽選となる場合があります。開始予定時刻の10分前までに来場され、抽選がある場合には必ず参加してください。
 - 3 「傍聴時に希望する支援等」の希望する箇所に、 を付けてください。
 - 4 点字による会議資料は、墨字資料の要約版である場合があります。