様式２

**資 料 №１－２**

|  |
| --- |
| 会議傍聴申込書（傍聴時に支援等を希望する場合） 　　年　　月　　日愛知県国民健康保険運営協議会 会長　殿年　　月　　日開催予定の、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　　　　　　ＦＡＸ番号　　傍聴時に希望する支援等（※希望事項に○）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ます。

 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 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。