

様式 1

協議会傍聴申込書

年 月 日

愛知県障害者虐待防止・差別解消推進協議会座長 殿

年 月 日に開催されます、貴協議会の傍聴を申し込みます。

住所：

氏名：

年齢：

様式 2 (傍聴時の支援を希望する場合)

協議会傍聴申込書

年 月 日

愛知県障害者虐待防止・差別解消推進協議会座長 殿

年 月 日に開催予定の、貴協議会の傍聴を申し込みます。

住所：

氏名：

年齢：

連絡先 電話番号

F A X 番号

傍聴時に希望する支援等 (※希望事項に○)

点字による協議会資料 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協議会資料等を希望され、開催の 10 日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 点字による協議会資料は、墨字資料の要約版である場合があります。