

会 議 傍 聴 申 込 書

年 月 日

愛知県医療審議会会長 殿

本日開催されます、貴会議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)

会議傍聴申込書

年 月 日

愛知県医療審議会会長 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
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 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。