

保健福祉総務課所管会議等傍聴用(手話通訳・要約筆記)派遣申請書

保健福祉総務課担当 行

FAX 043-245-5546 E-mail somu.HW@city.chiba.lg.jp

TEL 043-245-5163 申請日 平成 年 月 日

氏名		住所	
TEL		FAX	
E-mail			

※団体で申し込む場合は、団体名・代表者氏名・団体住所をご記入ください

保健福祉総務課所管会議を傍聴したいので(手話通訳・要約筆記)の派遣を申請します。

(どちらかに○を囲んでください。両方必要な場合は両方とも囲んでください。)

・ 会議名 ()

・ 傍聴予定日時
平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

・ 傍聴予定者数
人 ※うち、手話通訳者が必要な人数 人、要約筆記が必要な人数 人

【申込書の提出にあたって】

- ・傍聴予定日の8日前(土・日・祝日を除く)までに郵送、FAX、E-mailのいずれかにて保健福祉総務課へ申請してください。
- ・傍聴を取りやめる場合は、その旨を速やかに保健福祉総務課へご連絡ください。
- ・手話通訳者、要約筆記者が確保できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。