

委員会傍聴申込書

令和 年 月 日

愛知県_____長殿

本日開催されます、_____構想区域地域医療構想推進委員会の傍聴を申し込みます。

住 所

氏 名

年 齢

※ _____部分には、各構想区域地域医療構想推進委員会の事務局において、あらかじめ保健所名、構想区域名等を記載すること。

委員会傍聴申込書

令和 年 月 日

愛知県_____長殿

年 月 日に開催予定の、_____構想区域地域医療構想推進委員会の傍聴を
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○）

点字による委員会資料 手 話 通 訳 要 約 筆 記

- 備考
- 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委員会資料等を希望され、開催の1週間前までに申込みをされる場合に限りです。
 - 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。
 - 点字による委員会資料は、墨字資料の要約版である場合があります。

※ _____部分には、各構想区域地域医療構想推進委員会の事務局において、あらかじめ保健所名、構想区域名等を記載すること。