

委員会傍聴申込書

年 月 日

愛知県豊川保健所長殿

本日開催されます、東三河南部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

委員会傍聴申込書

年 月 日

愛知県豊川保健所長殿

年 月 日に開催予定の、東三河南部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
- 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。
 - 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 点字による委員会資料は、墨字資料の要約版である場合があります。