（様式第２号）

令和　　年　　月　　日

要約筆記者派遣斡旋申込書

島根県聴覚障害者情報センター　所長　様

団体名

代表者名

所在地

下記のとおり、要約筆記者の派遣斡旋をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　　　時 | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 場　　　　　所 | 　　　　市、郡　　　　町、村　　　　番地（施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会場名）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 催　物　名　等 |  |
| 要　約　方　式(該当欄に✔を付けてください) | [ ]  1､全体投影　　　（[ ] パソコン ・ [ ] 手書き）[ ]  2､ノートテイク　（[ ] パソコン ・ [ ] 手書き） |
| 要約筆記の内容(該当欄に✔を付けてください) | [ ]  1、講演会 　[ ]  2、パネルディスカッション[ ]  3、会　議 　[ ]  4、授　業[ ]  5、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要約筆記者との打ち合わせ日時 | 令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　　　　時　　分　～　　　　時　　分**（当日の事前打ち合わせ以外に必要な場合。）** |
| 添　付　資　料 | [ ] 別添のとおり。　　　　[ ] 無し。 |
| 担当者名及び連絡先 | 【担当者】所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(℡)　　　　　　　(Ｆax)　　　　　 |
| 特　記　事　項 |  |

　注）裏面の注意書きをご覧ください。

|  |
| --- |
| **島根県聴覚障害者情報センター**　（ＴＥＬ**0852-32-5960**　ＦＡＸ**0852-32-5961**）　〒690-0011　松江市東津田町1741-3（いきいきプラザ島根　3階） |

裏　面

【注意事項】

１、この依頼書は、派遣希望日時の１週間前までに提出してください。

　２、派遣要約筆記者名が決定次第、後日書面（ＦＡＸ等）で通知します。

　３、派遣する要約筆記者の必要人数は、催し物等の時間を考慮して、島根県聴覚障害者情報センターで決定します。

　４、要約筆記者の謝金は、「3,000円／時、人」が基準です。

　　　なお、基準額により支払うことが予算的に難しいなど、特別の事情がある場合はあらかじめご相談ください。

５、要約筆記者の交通費は、謝金とは別途に負担してください。

なお、その積算は主催者の内部基準に基づいたもので構いません。

おって、主催者で基準が無い場合は、公共交通機関を利用した場合はその実費を、自家用車を使用した場合は20円／ｋｍをお支払いください。

　６、謝金の対象時間は、催物の前後の打ち合わせ時間、別途の事前打ち合わせの時

間等、拘束される時間です。

　７、催物の開催要領、チラシ等がありましたら、添付してください。

　８、派遣決定通知後、講演原稿等参考になる資料、データ等を、事前にお送りください。