

(別紙)

## 1. 傍聴申込み

(1) あて先

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 評価・基準係

F A X 番号 : 03(3591)8914

メールアドレス : [hyouka-ki\\_jyun3@mhlw.go.jp](mailto:hyouka-ki_jyun3@mhlw.go.jp)

(2) 記載事項

別添様式をご利用のうえ、F A X又は電子メールにてご登録ください。

(3) 傍聴申込みの無い方や抽選に漏れた方は傍聴できません。また、開催当日の空席待ちも受け付けておりませんので御了承下さい。

## 2. 傍聴される方への注意事項

会議の傍聴に当たり、次の事項を遵守して下さい。

これらをお守りいただけない場合は、退場していただくことがあります。

(1) 事務局の指定した場所以外の場所に立ち入ることはできません。

(2) 携帯電話等は、電源を切るか、音が鳴らないようマナーモードに設定してください。

(3) 頭撮り以外は、写真撮影やビデオカメラ、テープレコーダー等の使用はご遠慮下さい。

(4) 静粛を旨とし、会議の議事進行の妨害になるような行為は慎んで下さい。

(5) 説明等に対し賛否を表明し、又は拍手をすることはできません。

(6) 傍聴中、飲食及び喫煙はご遠慮下さい。

(7) 傍聴中の入退室はやむを得ない場合を除き慎んで下さい。

(8) 銃器その他の危険なものを持っている方、酒気を帯びている方、その他秩序を乱す恐れがあると認められる方の傍聴はお断りいたします。

(9) その他、事務局職員の指示に従うようお願いいたします。

(別添様式)

【第5回「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」(8月22日(金)) 傍聴希望】  
(締切 平成26年8月19日(火) 17:00(厳守))

標記会議の傍聴を希望いたします。

傍聴にあたり、下記の事項を遵守いたします。

氏名(ふりがな) : \_\_\_\_\_

勤務先(所属団体) : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

連絡先(TEL) : \_\_\_\_\_

(FAX) : \_\_\_\_\_

(メールアドレス) : \_\_\_\_\_

※ 傍聴券の送付先にFAXが無い場合のみメールアドレスを記入

※ 車椅子で傍聴を希望される方は、その旨お書き添え下さい。また、介助者がいる場合は、その方の氏名等も併せてお書き下さい。

#### 記

- (1) 事務局の指定した場所以外の場所に立ち入ることはできません。
- (2) 携帯電話等は、電源を切るか、音が鳴らないようマナーモードに設定してください。
- (3) 頭撮り以外は、写真撮影やビデオカメラ、テープレコーダー等の使用はご遠慮下さい。
- (4) 静粛を旨とし、会議の議事進行の妨害になるような行為は慎んで下さい。
- (5) 説明等に対し賛否を表明し、又は拍手をすることはできません。
- (6) 傍聴中、飲食及び喫煙はご遠慮下さい。
- (7) 傍聴中の入退室はやむを得ない場合を除き慎んで下さい。
- (8) 銃器その他の危険なものを持っている方、酒気を帯びている方、その他秩序を乱す恐れがあると認められる方の傍聴はお断りいたします。
- (9) その他、事務局職員の指示に従うようお願いいたします。