

## 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  
障害福祉課障害児・発達障害者支援室障害児支援係  
F A X 番号：03(3591)8914  
メールアドレス：shougaijishien@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. 傍聴される方への留意事項

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に立ち入ることはできません。
- 2 携帯電話等音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
- 3 写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできません（あらかじめ申し込まれた場合は、会議冒頭の頭撮りに限って写真撮影などをすることができます。）
- 4 会議の妨げとならないよう静かにしてください。
- 5 その他、事務局職員の指示に従ってください。

(別添様式)

「在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等の地域支援体制構築に係る医療・福祉担当者合同会議」(3月16日(水)) 傍聴希望  
(締切 平成28年3月8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 : \_\_\_\_\_  
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に立ち入ることはできません。
- 2 携帯電話等音の出る機器については、電源を切るか、マナーモードに設定してください。
- 3 写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできません(あらかじめ申し込まれた場合は、会議冒頭の頭撮りに限って写真撮影などをすることができます。)
- 4 会議の妨げとならないよう静かにしてください。
- 5 その他、事務局職員の指示に従ってください。