**バリアフリーアドバイザー派遣申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名 |  |
| 申込団体担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| ファクシミリ |  |
| メールアドレス |  |
| アドバイザー派遣を希望する施設の名称 |  |
| 施設所在地住　　　所 | （〒　　　　　－　　　　　） |
| 相談の内容 |  |
| バリアフリーアドバイザーとともに、車椅子当事者を施設へ派遣しています。車椅子当事者ではなく、その他の同行者を希望される場合には、右欄にご記載ください。 | (1)高齢者　　　(2)下肢障害者　　　(3)上肢障害者(4)視覚障害者　(5)聴覚障害者　　　(6)内部障害者(7)知的障害者　(8)精神障害者　　　(9)発達障害者(10)その他(　　　　　　　　　　　　　　)　　 |

【注意事項】

※既存の公共的施設のバリアフリー化の相談であり、全面建替に関する相談は受け付け

られません。

※当課からの派遣施設決定の連絡後、（公社）かながわ住まいまちづくり協会（本事

業の受託事業者）から連絡があります（８月下旬～９月上旬の予定）。現地調査

の日程はその際、調整ください。

※バリアフリーアドバイザーの派遣によって、バリアフリー化が義務付けられるもの

ではありませんが、積極的に改修を検討してください。

※複数の施設を希望される場合、本様式にて優先順位が分かるよう御記入ください。

※派遣を受けた施設は、翌々年度に実施する事後アンケート調査に御協力いただきます。