

令和 年 月 日

香美市福祉事務所 様

高知県聴覚障害者情報センター

TEL 088-823-5922

FAX 088-822-0750

担当者:

## 要約筆記者派遣依頼通知書

下記のとおり、要約筆記者の派遣依頼がありましたので、お知らせします。

申込年月日	年 月 日 ( )		
派遣希望者住所			
派遣希望者 又は団体名	連絡先	電話	
		FAX	
要約筆記が 必要な日時	年 月 日 ( ) ( AM ・ PM : : ~ AM ・ PM : : ) (時間をはっきり書いて下さい)		
派遣場所			
内 容			
要約筆記の方法	パソコン ・ OHP ・ OHC ・ ノートテイク(手書き・パソコン)		
備 考			受付

高知県聴覚障害者情報センター 行き

上記の要約筆記者派遣について承諾します。

令和 年 月 日

市町村名:

担当者:

所属名:

電話・FAX: