

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日(月)		
派遣希望者住所	香美市土佐山田町〇〇番地		
派遣希望者 又は団体名	香美 太郎	連絡先	電話 0887-〇〇-〇〇
			FAX 0887-〇〇-〇〇
要約筆記が 必要な日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日(金) ((AM) ・ PM 10:00 ~ (AM) ・ PM 11:30) (時間をはっきり書いて下さい)		
派遣場所	〇〇病院		
内 容	診察など (具体的に記述ください。)		
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: