

令和 年 月 日

大阪府要約筆記派遣事務局 御中

大阪府要約筆記者派遣依頼書

申込者は太ワク内に記入して下さい。なお、変更・取消の場合は至急連絡ください。

	TEL	受付日		取消日		照査		担当	
	FAX	受付者		受付者					
申込者	団体名：					<派遣場所での要約筆記対象人数>			
	代表者名：					☐ 中途失聴者・難聴者・・・約 人 ☐ ろうあ者・・・約 人 ☐ その他（ ）・・・約 人			
	住 所：〒								
	TEL（ ） — FAX（ ） —								
派遣日	年 月 日（ ） 時 分～ 時 分まで								
内容	出席予定者 人								
派遣場所	行先（建物名、階数、部屋番号等）				地図 ☐ 添付 ☐ 添付ナシ				
	住 所：〒								
	電話： — — FAX：								
	<待ち合わせ場所と時間> 場 所： 時 間： 時 分								
備考	申込者から事務局への希望など（要約筆記者への希望などがあれば記入して下さい）								
派遣者名	①			②			③		
	④			⑤			⑥		
申込者連絡日① / ② / 受付台帳記帳 / 受付台帳更新 / 1904									

派遣事務局：特定非営利活動法人大阪府中途失聴・難聴者協会 日根 真理
 〒537-0025 大阪市東成区中道1丁目3番59号 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター3階
 FAX 06-6748-0183
 e-メール osakafunankyo@gmail.com