

要約筆記奉仕員派遣依頼書

年 月 日

熊本市水前寺 6 丁目 9 番 4 号
熊本聴覚障害者総合福祉センター
TEL 096-383-5587 ・ FAX 096-384-5937
財団法人熊本県ろう者福祉協会
理事長 福島 哲美 様

住所

電話 () -

FAX () -

依頼者氏名

(団体名)

印

次のとおり要約筆記奉仕員を派遣されたく依頼します。

派遣希望日時	年 月 日 (曜日)	時 分 ~	時 分
派遣場所 〔わかりやすく 書いてください。〕			
用 件			
要約筆記の方法	OHP ・ ノートテイク ・ PC (パソコン) 希望の方法に を付けてください。	要約筆記者人数	人
機材・筆記具 などの準備	依頼者 ・ 財団法人熊本県ろう者福祉協会 どちらかに を付けてください。		
摘 要			

下欄には記入しないでください。

受付日	奉 仕 員 名	
/		