

# 要約筆記者派遣依頼

**FAX 048-814-3354**

埼玉聴覚障害者情報センター 福祉支援部 御中

以下のとおり、要約筆記者の派遣をお願いいたします。

**名 前** \_\_\_\_\_

**住 所** 草加市 \_\_\_\_\_

**F A X** \_\_\_\_\_

**日 付** \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_

**時 間** \_\_\_\_\_ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

**場 所** \_\_\_\_\_

**内 容** \_\_\_\_\_

**待ち合わせ時間** \_\_\_\_\_ 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

**場 所** \_\_\_\_\_

**備 考**