

要約筆記派遣申請書（個人）

令和 年 月 日

社会福祉法人身体障害者団体連合会 理事長 殿
 特定非営利活動法人 神戸ろうあ協会 会長 殿

【FAX】 078-595-9877

申請者	住所	〒 神戸市 区		
	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	FAX:	Eメール:		
	障害程度: 身体障害者手帳 市・県 第 号 種 級		年齢: 歳	
派遣希望内容	派遣日時: ※終了時間が分からないときは、終了時間は空白でお願いします 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (時間 分)			
	希望する方法	・手書きノートテイク ・PCノートテイク ・移動有り(ホワイトボード・バインダー)		
	内容			
	派遣場所			
	最寄り駅 目印など	待合せ 時間	時	分
備考(待ち合わせ場所など):				

↓ 派遣担当者が記入します。(記入しないでください)

要約筆記派遣決定通知書

令和 年 月 日

様

申請がありました件の要約筆記者(員)が決定しましたので、お知らせします。(当日、印鑑が必要です)

管理番号:
K

(窓口)	