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：    代表者名： | | | | | | ＜派遣場所での要約筆記対象人数＞ | | | | | |
| □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）    住　所：〒  電話： － －  FAX： | | | | | 地図　　　　□添付　　　　□添付ナシ | | | | | | |
| ＜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 |  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | 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

〒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