

要約筆記者派遣申込書

団体

個人

*申込者は太枠内のみ記入して下さい。

令和 年 月 日

申込者	氏名		対象者	氏名	合計名
	住所	Fax : Tel :		住所	Fax : Tel :
派遣日時	令和 年 月 日 () ~				
内容	*OHC及びスクリーン使用の有無 (有・無)				
場所 (*わかりやすく書いて下さい。)	行き先:	簡単な地図			
	住所:				
	電話:				
	待合せ場所:	最寄りの駅:			
	待合せ時間:	バス停:			
備考					

受付	TEL	FAX	受付月日	令和 年 月 日	取消	月 日
	来館	郵便	受付担当		担当	
派遣者氏名						
申込者連絡日	令和 年 月 日	予定表記入		依頼書送付		

視聴覚障害者情報センター

FAX 883-5553 TEL 883-5552

担当	館長
----	----