

利用者	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日	男・女
	身体障害者手帳	県	第	号	種	級	
派遣希望日時		令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 《9時から17時内で4時間以内》					
要約筆記者の派遣を希望する行事名等							
希望する要約筆記の方法		ノートテイク ・ OHC ・ その他 () 希望する方法に○をつけてください。 ※派遣人数によりご希望に沿えない場合もあります。					
派遣場所							
待ち合わせ場所 (会場入り口など)							
待ち合わせ時間		午前 ・ 午後 時 分					
負担交通費(市外)		市外への交通費(公共交通機関) 円を利用者負担します。					
備 考							