

# 要約筆記派遣申請書

令和 年 月 日

備前市社会福祉協議会  
会長 山形 明 殿

申請者：住所 備前市  
氏名 印

(利用者との続柄 )

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

要約筆記派遣事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

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	障害名				
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							