

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								