

(様式第6号-2)

要約筆記派遣コーディネーター依頼書

年 月 日

兵庫県立聴覚障害者情報センター

管理者 様

依頼者	機関名	
	代表者	
	所属名	
	担当者名	
	所在地	
	TEL	
	FAX	

申請者	氏名	(歳)		受付No.	
	ヨミガナ				
派遣日	年 月 日 () : ~ :				
用務内容					
場 所 等	行き先: 所在地: Tel				
	待合せ場所			待合せ時刻	
通訳者の服装	平服・ジャケット着用・その他()				
要約筆記の方法	全体投影(手書き・パソコン)・ノートテイク(手書き・パソコン)				
資料	式次第等				添付・後日
備考					
処理用					
この派遣に関する 問合せ先	兵庫県立聴覚障害者情報センター要約筆記者派遣担当 FAX078-805-4192 TEL078-805-4175 Mail youyakuhaben@hyogo-chokaku.jp				