



川崎市要約筆記者派遣申込書

令和 年 月 日

(宛先)
川 崎 市 長
(指定管理者)

名 前 _____

F A X _____

電 話 _____

団体の場合の担当者名 _____

次のとおり、登録要約筆記者の派遣をお願いします。

派遣年月日	令和 年 月 日	曜日			
派遣時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分				
派遣場所	住所 _____				
待合せ	時間 午前・午後 時 分	場所 _____			
行事等の内容・名称	_____				
対象聴覚障害者名 又は参加人数	OHP	OHC	PC	手書き ノートブック	PC ノートブック
〔備考・その他必要なこと〕 ※機材の貸出しを希望される場合は別途お申し込みください。 ※行事等のチラシ・お知らせがある場合は必ずお送りください。					

以下は記入しないでください

派遣要約筆記者のお知らせ

派遣する要約筆記者は次のとおりです。

派遣要約筆記者名	_____
<備考>	_____

※個人情報厳重に管理し、目的以外には使用しません。

〒211-0037 川崎市中原区井田三舞町 14-16
社会福祉法人神奈川聴覚障害者総合福祉協会川崎市聴覚障害者情報文化センター

FAX: 044-798-8803 TEL: 044-798-8800 (代表)