

要約筆記者県派遣依頼書

依頼者			
住 所			
連絡先	FAX TEL		
派遣日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分		
派遣場所			
内 容			
希望形態	・ ノートテイク ・ PC ・ OHP ・ OHC	聴覚障害者 参加人数	人
待ち合わせ	時間 午前・午後 時 分 場所		
その他連絡等			

令和 年 月 日

要約筆記者派遣依頼について

1. こんな時に・・・生活、教育、病院等、社会参加促進に必要と思われるもの
(内容によって相談に応じます)
2. 派遣できる場所は・・・県内どこでも派遣します
3. 申し込みは・・・できるだけ早めに下記までお申し込みください(無料)

〒 310-0844 水戸市住吉町 349-1 茨城県立聴覚障害者福祉センター やすらぎ
 F A X 029-247-1369
 T E L 029-248-0029
 休館日／月曜日(午後)、火曜日(全日)、祝日、年末・年始