

# 要約筆記派遣依頼書

年 月 日

福島県聴覚障害者情報支援センター  
所長 吉田 正勝 様

氏名 (団体名)		TEL FAX	
住 所			(担当者名)

月 日	令和 年 月 日 ( )
時 間	午前 後 時 分 ~ 午前 後 時 分
派遣種別	
場 所	
内 容	
その他	
※ 資料添付	