

要約筆記者派遣依頼書

No

※ 太線内に漏れなくご記入ください。

申込年月日		令和 年 月 日 () :		受付 来館・FAX ☒ ・ ☐					変更・取消 調整・確定
申込者	フリガナ								
	お名前								
連絡先	〒								
	大阪市								
	電話	— —		FAX	— —				
	メールアドレス								
ご依頼の内容		例：〇〇病院での診察のため							
依頼の内容									
利用日時等	令和 年 月 日 () ☐ 午前 時 分から 約 分ぐらい ☐ 午後								
待合せ時間	原則、上記開始時間の 1 5 分前とします。								
派遣先の 名称・住所	名称				住所				
					大阪市 区				
待合せ場所	具体の場所（例：建物正面玄関前・3階の住民係・1階内科受付など）								
事務局（要約筆記者）への希望があればご記入ください									

なお、変更・取り消しの場合は至急ご連絡下さい。

※ これ以下は記入しないでください。

要約筆記者派遣通知書

No

次のとおり派遣しますのでお知らせいたします。

令和 年 月 日

待ち合わせ時間等	令和 年 月 日 () 午前・午後 (利用開始時間の 1 5 分前です)				
待合せ場所	病院・医院・学校・保育園 のご指定場所 ()				
費用負担		派遣分類			
派遣する要約 筆記者の氏名					

※業務終了後、要約筆記者より従事時間の確認のため、報告書にサインをお願いしておりますのでご協力ください。

※ 事務処理欄

派遣調整		依頼者あて通知書	FAX ☒ ☐	/
		要約筆記者あて依頼書	FAX ☒ ☐	/