

要約筆記者派遣依頼書

※ 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			変更・取消
				来館・FAX			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: ○○病院での診察のため					
依頼の内容							
利用日時等	令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	時	分から	約	分ぐらい	<input type="checkbox"/> 午後
待合せ時間	原則、上記開始時間の15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	具体的な場所(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

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15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	/
		<input type="checkbox"/> 〒	<input type="checkbox"/> 〒	/
		要約筆記者あて依頼書	FAX	/
			<input type="checkbox"/> 〒	/