

☆緊急の場合を除き、利用の5日前までに申し込んでください

西東京市要約筆記者派遣依頼書

依頼申込日 (今日の日付)	年 月 日
申請者 (自分の住所・氏名)	住所 <u>西東京市</u> 丁目 番 号 氏名 _____ FAX _____
派遣日 (要約筆記をする日時)	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
派遣場所 (要約筆記をする場所)	
派遣用件 (何の要約筆記ですか?)	
待合せ場所 (目印のある具体的な場所を)	(例:○○医院受付前・△△小○年○組教室前…)
待合せ時間	午前 ・ 午後 時 分
希望手段	手書きノートテイク ・ PCノートテイク (OHP等スクリーンへの全体投影方式が必要な場合は、個別にご相談ください。)
その他 障害福祉課 への連絡事項	(病状、会議の具体的内容・規模、待ち合わせ時の特徴(黒の帽子です)など)

西東京市障害福祉課 要約筆記者派遣担当

FAX. 042-466-9666