

要約筆記者派遣申請書

福岡市聴覚障がい者情報センター 宛
F A X (0 9 2) 7 1 8 - 1 7 1 0

令和 年 月 日

機 関 団 体 名 代 表 者 名					
住 所	福岡市 区 丁目 番 号				
電 話	—	F A X	—		
派遣希望場所					
派遣希望日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		所 要 時 間	時 間 分	
派 遣 事 項	1 医療、保健	2 労働、雇用	3 司法、警察		4 教育、保育
	5 冠婚葬祭	6 講演、会議、大会		7 その他社会参加に関すること	
大会等名称					
主催者・共催者名					
大会等の内容					
連 絡 先	担当者名	電 話 F A X	— —		