（様式第７号の２）

　　年　　月　　日

 群馬県聴覚障害者コミュニケーションプラザ館長 様

 ○○市町村長等

要約筆記者派遣キャンセル申請書

　下記について、要約筆記者（手書き・パソコン）の派遣をキャンセルします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣申請者 | 氏　名(団体名) |  | 年齢(年代) |  |
| 派遣日時 | 　　年　　月　　日　　曜日　　　時　 分～　　時　　分 |
| 派遣場所 | 名称：住所： |
| 備　　考 |  |

担当部署：

担当者名：

電　　話：

F A X：