（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：