（様式第９号の２）

 群馬県聴覚障害者コミュニケーションプラザ館長 様

要約筆記者派遣キャンセル申請書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　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。 |
| 申 請 者 | 住　所 | 〒 |
| 団体名 |  | ＦＡＸＴＥＬ | －－－－ |
| (代表者)氏　名 |  |
| 法人又は団体にあっては、その所在地、名称並びに代表者名　 |
| 派遣日時 | 　年　月　日　（　）　　　　時　 　分～　　時　　分　 |
| 派遣場所 | 住所：名称： |
| 備　　考 |  |