（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 |  | ＦＡＸ  ＴＥＬ | －－  －－ |
| (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 |  | | | |