「出張手話講座」申込書

**１　日時・開催場所 等**申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜） 　　　　時　　　　分～　　　　　時　　　　分 |
| 第2希望 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜） 　　　　時　　　　分～　　　　　時　　　　分 |
| 開催場所 | 施 設 名 |  |
| 住　　 所 |  |
| 電話番号 |  |
| 開催目的 |  |
| 講座へ希望すること(特に話してほしい内容など) |

**２　申込団体**　　（特に名称がない場合は，「○○の集まり」というように記載してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体等の名　　 称 |  | 参加予定人数（　　　　　　　）人 |
| 代 表 者 | 住　　 所 |  |
| 氏　　 名 |  |
| 電話･FAX |  |
| 連　　 絡担 当 者 | 住　　 所 |  |
| 氏　　 名 |  |
| 電話･FAX |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

**３　依頼先準備事項**　　（以下の準備をお願いします。）

①駐車場2台分 □有　□無

②講師控室 □有　□無　（無い場合は、講座前に講師と手話通訳者が打合せをするためのスペースがあれば可）

③机 □有　□無

④イス □有　□無

⑤ホワイトボード　または　黒板 □有　□無

※下の欄は記入しないでください。

受付日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 協会への依頼日 | 実施日時 | 係 | センター長 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 (　 　) | 令和　　　年　　　月　　　日 (　 　) 時　　　分 ～　　　時　　　分 |  | 障害者福祉センター　FAX番号：088-873-6420 |