

滋賀県立聴覚障害者センター 宛

E-mail : shigajou@eos.ocn.ne.jp (FAX : 077-565-6101)

講師派遣申込書

■ 連絡先

年 月 日

主催団体名		
担当者	部署	担当者名
住所	〒	
TEL/FAX	TEL	FAX
E-mail		

■ 依頼内容 (下記にご記入願います)

希望日程	第1希望 年 月 日 (曜日) 第2希望 年 月 日 (曜日) ※候補日が複数がある場合、あるいは連続講座には、詳細をお書きください。
希望時間	時間 (午前・午後 時 分～ 時 分)
会場 (住所/最寄り駅)	
事業名称	
おもな対象者 (活動分野・担当職務)	
予定人数	人 (人～ 人)
予算 講師料・手話通訳料	
特に講師に話してほしい点	
その他 特記事項	

記入欄： 受付

／ 回答日

／ 成立・不調