

手話教室講師派遣申請書

申請年月日 令和 年 月 日

社会福祉法人 大分県聴覚障害者協会理事長 殿
 〒870-0907 大分市大津町 1-9-5
 電話 (097)551-2152
 FAX (097)556-0556

機関名・団体名 _____

担当者 _____

電話 _____ FAX _____

下記の日程で手話教室の開催を希望します。

記

施設等の名称	
派遣場所(住所)	
希望日時 (第2希望まで)	第1希望: 月 日() 時 分~ 時 分 第2希望: 月 日() 時 分~ 時 分
受講者数	人 (年代: 歳代~ 歳代)
希望内容 ※複数回答可	① 手話技術(簡単な単語の手話・文章や会話など) ② 聴覚障害者問題 ③ 福祉機器紹介 ④ その他()
その他要望など	