様式１

出前手話講座申込書

　　年　　月　　日

井原市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　団体名

住所　　井原市　　　　　　町　　　　　番地

代表者

担当者

ＴＥＬ：　　　　　（　　　　）

ＦＡＸ：　　　　　（　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分　　　　　　　（※１～２時間以内で設定してください。） |
| 会場 |  |
| 参加人数（予定） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 事務連絡 |  |

この用紙で井原市福祉課障害福祉係へお申し込みください。

TEL：０８６６－６２－９５１８　　FAX：０８６６－６２－９３１０

以下記入不要です

以下は記入不要です

以下は記入不要です

★担当講師　　ろう講師（　　　　　　　　・　　　　　　　　）

　　　　　　　健聴講師（　　　　　　　　・　　　　　　　　）

★健聴講師連絡先　自宅（　　　　　－　　　　　－　　　　　）

　　　　　　　　　携帯（　　　　　－　　　　　－　　　　　）