

(様式①)

手話講師派遣依頼書

お名前	単発の講座(1回のみ～5回程度)	
ご連絡先	〒706-0001	
	TEL	FAX
日程	単発の講座(1回のみ～5回程度)	連続した講座
	○第1回 年 月 日()	○開講日
	○第2回 年 月 日()	○回数
	○第3回 年 月 日()	○条件(具体的な日にちや曜日など、 日程がわかるようにご記入ください)
	○第4回 年 月 日()	
	○第5回 年 月 日()	
時間		
会場		
内容		
対象者		人数
連絡事項 その他		
派遣料の 支払方法	(講師派遣料の支払方法について、いずれの方法になるかお知らせ下さい) 1. 協会宛送金 (中国銀行本店営業部/普通/2344595 (社)岡山県聴覚障害者福祉協会 手話対策部 中西厚美) 2. 講師宛送金	

公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会までFお申し込みください。

TEL 086-224-2275 FAX 086-224-2270

メール : okatyo06_1@kirameki-plz.com