

(様式①)

手話講師派遣依頼書

申込年月日

お名前	(団体名・ご担当者名)	
ご連絡先	〒	
	TEL	FAX
日 程	単発の講座(1回のみ～5回程度)	連続した講座
		○開講日 年 月 日()
		○回数
		○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)
時 間		
会 場		
内 容		
対象者		人数 名
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 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お申し込みください。

Mail: okatyo06_1@kirameki-plz.com TEL: 086-224-2275 FAX: 086-224-2270