

手話講師派遣申込書

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

		申込年月日		年 月 日		
申込者	団体名				担当者名	
	住所	〒				
	連絡先	電話			FAX	
		E-mail				
緊急時連絡先 (休日、災害時等)						
派遣年月日		年 月 日 ()				
講習時間(予定)		時 分		～ 時 分		
集合時間		時 分				
講習内容	事業名					
	参加者数	名				
	形式	・講習会形式 ・実技指導 ・その他 ()				
講習場所	会場			集合場所		
	会場状況					
準備可能な機材に ○してください		パソコン ・ プロジェクタ ・ スクリーン ・ その他 () * 貸出等もありますのでご相談ください。				
備考						

◆派遣申込書が届きましたら、下記の【申込書受理通知】を返信させていただきます。
(申し込み後、1週間以内に受理通知が届かない場合は、お手数ですがご連絡ください。)

【手話講師派遣申込書受理通知】

様 年 月 日

上記申込書を受理いたしました。

派遣者が決定した時点で、「決定通知書」をFAXいたします。

派遣者の決定まで、若干お時間がかかります。今しばらくお待ちください。

【連絡先】公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会

(鳥取県西部聴覚障がい者センター)

電話 0859-30-3659 / FAX 0859-30-3660

E-mail tottori-haken@torideaf.jp

受理印