

# 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		
		F A X		
E-mail				
派遣年月日	年 月 日 ( )			
講習時間(予定)	時 分 ~ 時 分			
講習内容	事業名	(事業実施要項、チラシ等がありましたら提出してください。)		
	参加者数	名		
	形 式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講演会形式 ・ 実技指導</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <small>*準備可能な機材等ありましたらお知らせください。貸出等もありますのでご相談ください。</small>		
講習場所	会 場			
	会場状況	(会場レイアウト、机の配置等の情報もお知らせください。)		
集合時間	時 分	集合場所		
備 考				

\*申込書は、必要事項に記入・○をつけ、原則として15日前までに提出して下さい。(依頼内容によっては派遣ができない場合があります。)

\*派遣申込書のFAX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。

## 【手話講師派遣申込書受理通知】

年 月 日		
様		
<p>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。</p>		
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">受領印</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	受領印	
受領印		
<p>【連絡先】公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 (担当:中林)          (鳥取県西部聴覚障がい者センター)          電話0859-30-3659/FAX0859-30-3660</p>		