

手話出前講座実施依頼書

※ 太線内に漏れなくご記入ください。

受付	電話	FAX	受付年月日	・ ・ () :		調整日 : /
	メール		取消年月日	・ ・ () :		

団体名	フリガナ					
-----	------	--	--	--	--	--

代表者	フリガナ	担当者	フリガナ
-----	------	-----	------

住所	〒					
	電話 :	E-mail :				
	FAX :					

希望日	年	月	日	曜日	午前	時	分から	午前	時	分まで
実施日					午後			午後		

内容										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

場所	行き先 :	●略図
	住所 :	
	電話 : FAX :	

環境	パソコン: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	プロジェクター: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	電源: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ホワイトボード: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

以下、事務局記載欄

派遣講師						
------	--	--	--	--	--	--

依頼主への連絡日					/

派遣事務局 : (一財) 大阪市身体障害者団体協議会
 FAX番号 : 06-6765-7407
 メールアドレス : sisinkyou-syuwa@mbr.nifty.com