

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 午後 時 分まで	
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