手話講師派遣申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人宇部市社会福祉協議会長　様

（ＦＡＸ（０８３６）３５-９０９３）

申請者）団 体 名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先担当者名役職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(役職)　　　　　　　(氏名)

連絡先住所

連絡先TEL　（　　　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話番号(任意)

連絡先FAX　（　　　　　）　　　－

下記について手話講師を派遣してくださるようお願いします。

記

◆スポット（1回のみ）講師依頼の場合　※複数回の依頼の場合は裏面に記入

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | |
| 時間 | 午前  午後 | 時　　　分　～ | 午前  午後 | 時　　　分 |
| 派遣場所 | 名　称） | | | |
| 住　所） | | | |
| 希望学習  内　　　容 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 希望講師 | □健聴者のみ　□健聴者と聴覚障害者　□特になし（□男性希望　□女性希望）  □講師指名あり（講師名　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 学習会の開催に関する掲載資料の有無 | 学習会の開催が記載されたパンフレット、資料等の有無  　□無　□有→この通訳派遣申請書に添付、ご郵送またはFAX、持参してください | | | |
| 参考事項 | □初めての学習　　□少し学習経験あり　　□ある程度学習経験あり  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □講師料が支払える　　□講師料は支払えない　　□講師料は相談したい  受講対象者の中心的な年齢層(　　　)十代，人数(　　)人　職業(　　　　　　　) | | | |
| 備　　　考 | 特記事項，連絡事項があればご記入ください | | | |

2019.4改訂版

◆複数回の依頼の場合　※スポット（1回のみ）講師依頼の場合は表面に記入

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣希望日 | 1回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 2回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 3回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 4回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 5回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 6回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 7回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 8回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 9回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 10回目　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 派遣場所 | 名　称） |
| 住　所） |
| 希望学習  内容  到達目標  など |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 希望講師 | □健聴者のみ　□健聴者と聴覚障害者　□特になし（□男性希望　□女性希望）  □講師指名あり（希望講師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学習会の開催に関する掲載資料の有無 | 学習会の開催が記載されたパンフレット、資料等の有無  　□無　□有→この通訳派遣申請書に添付、ご郵送またはFAX、持参してください |
| 参考事項 | □初めての学習　　□少し学習経験あり　　□ある程度学習経験あり  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □講師料が支払える　　□講師料は支払えない　　□講師料は相談したい  受講対象者の中心的な年齢層（　）十代，人数（　）人　職業（　　　　　　　） |
| 備　　　考 | 派遣依頼に関して特記事項，連絡事項があればご記入ください |

※上欄の記入によらない場合は、上記項目がもれなく記載された別紙を添付してください。

2019.4改訂版