

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下さるようお願いいたします。

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 時 分 ~ 午後 時 分
派遣場所	名 称)
	住 所)
希望学習内容	
希望講師	<input type="checkbox"/> 健聴者のみ <input type="checkbox"/> 健聴者と聴覚障害者 <input type="checkbox"/> 特になし(<input type="checkbox"/> 男性希望 <input type="checkbox"/> 女性希望) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 初めての学習 <input type="checkbox"/> 少し学習経験あり <input type="checkbox"/> ある程度学習経験あり <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 講師料が支払える <input type="checkbox"/> 講師料は支払えない <input type="checkbox"/> 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

