講師派遣依頼書

申込日	年　月　日（　）	住所	〒		
依頼元		TEL		FAX	
担当者名		Mail			
派遣日時 継続	年　月　日（　）：　～　：　毎週　曜日 ～ 年　月　日（　）：　～　：				
派遣日時 単発	年　月　日（　）：　～　： 年　月　日（　）：　～　： 年　月　日（　）：　～　：				
会場		住所	〒 TEL　FAX		
名称		テーマ			
対象者		人数			
報酬		交通費			
確認事項	◆請求書：要　不要 ◆通訳者：要（　人）　不要 ◆支払方法：兵聴協に一括振込				
備考					

※下記については、こちらで記入いたします。

決定講師	
通訳者	

〇問合せ先
（公社）兵庫県聴覚障害者協会　講師依頼担当
神戸市中央区元町通6丁目1－1　栄ビル8F
TEL）078-371-5613　FAX）078-371-0277　メール：info@hyogodeaf.com