

FAX:078-371-0277

公益社団法人兵庫県聴覚障害者協会 行き

出前手話講座の申込書

施設・学校 団体・企業名			
所在地			
担当者名			
連絡先	TEL	FAX	
	E-mail		
希望日時	令和 年 月 日 () : ~ :		
	令和 年 月 日 () : ~ :		
	令和 年 月 日 () : ~ :		
希望回数		受講人数	1回あたり 人
参加される方			
講座実施 場所(※1)			
希望内容			
●確認事項(※調整時の参考にいたしますのでおわかりになる範囲で□に印をお願いします) 駐車場の用意 ☐ 可能 ☐ 不可能 プロジェクターの用意 ☐ 可能 ☐ 不可能 パソコンの用意 ☐ 可能 ☐ 不可能			

※1 講座実施場所が、施設、学校、団体、企業等の住所と異なる場合のみ、ご記入ください。