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		
会の名称	例）○○研修会 等	テーマ			
対象者		人数			
報酬		交通費			
確認事項	必要なものにチェック、もしくは記入をお願いします ◆ **請求書**：☐ **PDFファイル形式**（ ☐ 押印　☐ 押印不要 ）　☐ **原本**　☐ **不要** ◆ **通訳者**：**要**（　人）　◆ **支払方法**：兵聴協に一括振込 **不要**				
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	

○依頼書をお送りの際、合わせて会場地図もいただきますようお願いいたします。

○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8階
TEL）078-371-5613　FAX）078-371-0277　メール：info@hyogodeaf.com