申込日　　年　　月　　日

大阪ろうあ会館手話【講演会】講師依頼書

主催団体名	担当者：(部署・氏名)
住所	〒 住　所： 電　話：　　ＦＡＸ： Ｅメール：
日時	年　　月　　日（　　） 時　　分　から　　時　　分　まで
講座名	
講演テーマ	
内容	(具体的にお聞きになりたい事)
対象者	名　（ろうあ者　　名　・　健聴者　　名）
会場名	〒 住　所： 電　話： ＦＡＸ： ※　地図がございましたら、添付してください。
	当日担当者との待ち合わせ場所　： 待ち合わせ時間　： 待ち合わせ担当者名　：
備考	

予算	円　／　交通費：実費　・　無　・　定額〔　　円〕

〒540-0012　大阪市中央区谷町 5-4-13 大阪府谷町福祉センター 大阪ろうあ会館
電話 ０６－６７６１－１３９４　ＦＡＸ ０６－６７６８－３８３３　手話講演会講師依頼担当

下記はろうあ会館の記入欄です。記入しないでください。

決定講師	

事務局欄	依頼書送付：　　月　　日 申込者報告：　　月　　日　／　入金確認：　　月　　日 報告書受理：　　月　　日　／　支払い：　　月　　日

201304