

手話講習会講師依頼書 (学校用)

学 校 名				担当者名／部署
住 所	〒			TEL
				FAX
				E-mail
期 間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※毎週 () 曜日 ※実際の講義開始日～講義終了日をご記入ください。 ※日程(授業日)を添付してください。			
時 間	1コマ目		時 分～	時 分 (分)
	2コマ目		時 分～	時 分 (分)
対 象	学年(年生)	1クラス(約 名)×全 (クラス)=合計人数 (名)		
開 講 名	選択 ・ 必修	科目・コース等		
目 的				
会 場 名				
(住 所)				
(連 絡 先)	TEL		FAX	
交 通 方 法	最寄駅 ()電車()線()駅 ()バス()バス停から乗車()バス停下車 徒歩 ()分 できるだけ詳しく書いてください。地図を添付してください。			
予 算	円/コマ・月	交通費	有 (実費 / 定額 (円))	・ 無
初 日 の 待 合 わ せ	担当者名： 待合せ時間： 待合せ場所： (具体的にご記入ください)			
特 別 講 義	有	希望月日	月 日 (曜日)	無
テ キ ス ト	今すぐ始める手話テキスト「聴さんと学ぼう」 ・ わたしたちの手話学習辞典			無
参 考 教 材	手話奉仕員養成テキスト「手話を学ぼう 手話で話そう」・ その他 ()			

(以下、担当使用欄)

★連絡先 〒537-0025 大阪市東成区中道1-3-59 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター
 聴覚障がい者支援センター(手話)
 大阪ろうあ会館 福祉事業課 手話講習会担当/電話 06-6748-0380・FAX 06-6748-0383