

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： F A X： Email：
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	〒 住 所： 電 話： F A X： ※ 地図がありましたら、添付ください。
	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： 有 ・ 無 ・ 定額〔 円〕
-----	-----------------------

★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)
 電話 06-6748-0380・FAX 06-6748-0383
 大阪ろうあ会館 福祉事業課 手話講演講師依頼担当

※ 下記はろうあ会館の記入項目です。ご記入にならないでください。

決定講師	
事務局欄	講 師： / 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