

申込日 年 月 日

講演依頼書

主催 団体名	担当者：		
住所	〒 住所：		
	電話：		
	FAX：		
日時	年 時	月 分	日（ ） 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：		
	FAX：		
	※ 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			

* ★連絡先 〒540-0004 大阪市中央区玉造2-16-8 玉造井上ビル4階

* 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

下欄もご記入ください。

謝礼金	円／交通費： 有 ・ 無 ／方法： 銀行振込
-----	------------------------

※ 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	
------	--