『手話学習用読み取りＤＶＤ』講師申込書

下記のとおり、講師の派遣を申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

住　　所	〒 市　　町　　番地 郡　　村	
依頼団体		
連絡先	ふりがな 担当者	
	電　話	
	ＦＡＸ	
	Ｅmail	
希望日時 第１	①　　年　　月　　日(　　)　　時　　分 ～　　時　　分	
第２	②　　年　　月　　日(　　)　　時　　分 ～　　時　　分	
第３	③　　年　　月　　日(　　)　　時　　分 ～　　時　　分	
会　　場	市　　町　　番地 郡　　村	
	名称	(会議室名も書いてください)
対象者		人数　　名
希望内容 (具体的に)		
講師料	※いずれかに○をつける ＿＿＿＿＿＿円（・交通費別途実費　・交通費込）	
希望講師	※いずれかに○をつける ・ろう講師　　・通訳講師	
その他 連絡事項		

（一社）群馬県聴覚障害者連盟　手話学習用ＤＶＤ制作委員会