

## 手話講習会講師派遣依頼書

主催者名 (主催団体名)	
目的	
日時	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 毎週 曜日 時 分 ~ 時 分
回数	全 回
開催場所	〒 TEL: FAX: ----- ・最寄り駅, 停留所(できるだけ詳しくお書き下さい。地図がございましたら、添付してください。)
受講者	人数 名 ----- 学年 年生 1クラス 名 × クラス
ご担当者	TEL: FAX: メールアドレス:
内容・派遣講師等についてのご要望	
備考	
講師派遣料基準	神戸ろうあ協会HPの「派遣費用について」をご参照ください。 ご不明な場合はお問合せください。
講師 交通費	実費にてお支払いをお願いしております

<お願い> 原則、講師の撮影はお断りしておりますが、  
記録等で撮影をご希望の場合はご相談ください。

特定非営利活動法人神戸ろうあ協会 手話派遣センター  
〒650-0016 神戸市中央区橘通3-4-1 神戸市立総合福祉センター内  
TEL/FAX 078-371-3218 E-mail : npo.kobedeaf@gmail.com