

特定非営利活動法人神戸ろうあ協会  
手話派遣センター 行

**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( ) 時 分～ 時 分
回数	全【 】回 → ・毎週( )曜日 ・毎月( )曜日 ・その他( )
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。)
対象者	・学校( 年生 ・大学生 ・地域市民 ・その他( ) ) ・人数 名(クラス別の場合、1クラス 約 名で全 クラス)
ご担当者	連絡先 TEL( ) — FAX( ) — E-mail adr: @
内容・派遣講師等 についてのご要望	
謝礼(ご予定額)	(1回につき) 円 × 名
講師 交通費	実費にてお支払いをお願いしております
備考	

<お願い> 原則、講師の撮影はお断りしております。  
諸事情によりやむを得ず講師の撮影を希望する場合は事前にお申し出ください。