（様式第5号）

平成　　年　　月　　日

手話教室開催報告書（開催依頼者用）

島根県聴覚障害者情報センター　所長

 団　体　名

 所　在　地

次のとおり開催したことを報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 平成 年 　月　 日(　曜日) | (開始)　　　　時　　　　分から(終了)　　　　時　　　　分まで |
| 開催場所 |  |
| 参加人数 |  |
| 参加対象者 |  |
| ①講師又は当センターの対応他、お気づきになったこと、ご意見 |
|  |
| ②教室開催時にお気づきになったこと、ご意見 |
|  |
| ③その他、ご自由にお書きください。 |
|  |
| **島根県聴覚障害者情報センター**　（ＴＥＬ0852-32-5960　ＦＡＸ0852-32-5961）　〒690-0011　松江市東津田町1741-3（いきいきプラザ島根　3階） |