（様式第１号）

平成　　年　　月　　日

手話教室等講師派遣斡旋依頼書

島根県聴覚障害者情報センター　所長　様

団体名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

下記のとおり、手話教室等の講師の派遣斡旋をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　　　時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 場　　　　　所 | 　　　　市、郡　　　　町、村　　　　番地（施設名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（会場名）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 手話教室等の名称・内容 (該当欄に✔を付けてください) | [ ]  1、授　　　業　　　　[ ]  2、サークル[ ]  3、地域の集まり　　　[ ]  4、その他（　　　　　　　　　　　） |
| 参加人数 | 名(参加者の種別：　　　　　　　　　　　　) |
| 手話教室等の目的 |  |
| 講　師　と　の打ち合わせ日時 | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　　　　時　　分　～　　　　時　　分（当日の事前打ち合わせ以外に必要な場合。） |
| 添　付　資　料 | [ ] 別添のとおり。　　　　[ ] 無し。 |
| 担当者名及び連絡先 | 【担当者】所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(℡)　　　　　　(Ｆax)　　　　　　 |
| 特　記　事　項 |  |

　注）裏面の注意書きをご覧ください。

|  |
| --- |
| **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） |

裏　面

【注意事項】

1.この依頼書は、斡旋希望日時の１週間前までに提出してください。

2.講師名が決定しだい、後日書面（ＦＡＸ等）で通知します。

3.講師の必要人数は、島根県聴覚障害者情報センターで決定します。

4.講師の謝金は、「5,100円／時、人」が基準です。

なお、主催者の予算の都合で上記金額が負担できない場合は、主催者の予算の範囲内でも構いませんが、少なくとも「3,000円／時、人」以上支給してください。

5.講師の交通費は、謝金とは別途に負担してください。

なお、その積算は主催者の内部基準に基づいたもので構いません。

おって、主催者で基準が無い場合は、公共交通機関を利用した場合はその実費を、自家用車を使用した場合は20円／ｋｍをお支払いください。

6.謝金の対象時間は、手話教室等の前後の打ち合わせ時間、別の日の事前打ち合わせの時間等、拘束される時間を含みます。

7.手話教室等の開催要領、チラシ等がありましたら、添付してください。

8.斡旋決定通知後、資料、データ等を、事前にお送りください。