（様式第１号）

平成　　年　　月　　日

手話教室開催依頼申込書

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、手話教室の開催をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所の業務内容 |  |
| 参加予定人数及び主な参加者の業務内容について | (　　　　　)名 |
| 内容について希望があればお書きください |  |
| 担当者名及び連絡先 | 【担当者】所　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(℡)　　　　　　(Ｆax)　　　　　　 |
| 特　記　事　項 |  |

|  |
| --- |
| **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） |

【注意事項】

※この依頼書は、開催希望日時の１週間前までに提出してください。