

(様式1号)

令和 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	令和 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(Tel) _____ (Fax) _____
特 記 事 項	

島根県聴覚障害者情報センター (Tel 0852-32-5960 Fax 0852-32-5961)  
〒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。