様式第１号

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会

　理事長　赤　井　　正　志　様

講師派遣申請書

依頼日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名(請求書宛先) | フリガナ |
| 団体名等 |
| 代表者 | 担当者 |
| 住所(請求書宛先) | 〒FAX　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）（ 午前・午後 ）　　　時　　　分 ～ （ 午前・午後 ）　　　時　　　分 |
| 場所 | 住所会場名※ 会場付近の地図があれば添付してください。 |
| 内容 | 行事名対象者　　　　　　　　　　　　参加人数　　約　　　　　人※ 開催要項等があれば添付してください。 |
| ご要望等 |  |

※この申請書に記入されている個人情報は、講師派遣事業以外の目的には利用しません。

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会

FAX　０８３－９８５－０６１３

TEL　０８３－９８５－０６１１