

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 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、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