

理事長 島田 令子様

講師派遣・紹介申請書

申込者氏名	フリガナ
住所	〒 - FAX () TEL ()
方法	派遣・紹介
希望日	年 月 日 (曜日)
時間	開始時間(午前・午後) 時 分
	終了時間(午前・午後) 時 分
場所	市・郡 町 会場等の名称 _____ 会場の連絡先 TEL () FAX () 会場付近の地図があれば添付してください。 公共施設等目印になる建物があれば下記に記入してください。
講習内容	
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。

以下は記入しないで下さい

受付日時	年 月 日 (曜日) 時 分
受付方法	(FAX ・ 電話 ・ 郵送 ・ 来館 ・ その他)

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