



手話出前講座申込書

大村市障がい福祉課長 様

申込日 年 月 日

申込者	団体名			
	代表者名	役職 氏名	ご担当者 氏名	
	ご連絡先	TEL ()	FAX ()	
※平日の日中(9時～17時)に連絡が取れる連絡先をご記入ください。				
開催希望日	第1希望	年 月 日(曜日)	時 分	～ 時 分
	第2希望	年 月 日(曜日)	時 分	～ 時 分
開催予定場所	施設名		部屋等	
	設備等	※対応しているものに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 延長コード <input type="checkbox"/> 机 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> 駐車場		
決定通知書送付先		〒 _____ 市 区 町 村 _____ 様 宛て		
参加予定人数		_____ 人 (年齢層: _____ ※分かる範囲で結構です。)		
備考	出前講座の内容は、あいさつや日常生活で使う簡単な手話などについてです。この他に特に希望する内容などがあればご記入ください。			

●お申込み・お問合せ●

大村市福祉保健部障がい福祉課
 〒856-0832 大村市本町 458 番地 2 プラットおおむら 2 階
 TEL : 0957-20-7306 FAX : 0957-47-5419
 E-mail : syougai-f@city.omura.nagasaki.jp

※メールでお申込みの際は、確認のため送信後にお電話いただきますようお願いいたします。

原則、開催希望日の1か月前まで
にお申し込みください

