**近江八幡市障がい者理解促進のための講演会・研修会への講師等派遣申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　**年　　　月　　　日**

**近江八幡市 福祉保険部 障がい福祉課　行**

**（FAX：３１－３７３８　TEL：３１－３７１１）**

|  |  |
| --- | --- |
| **利用団体名** |  |
| **開催予定日時** | **年　　　月　　（　　）****時　　分　　　～　　　時　　分** |
| **場　所** |  |
| **研修、講演名** |  |
| **希望内容等**※講師によってご希望に添えない場合もございます。 | **＜形　式＞****□　講演形式　　　□　ワークショップ形式****□　ゲーム形式　　□　当事者との交流形式****＜内　容＞（※リストを参考に自由にご記入ください）** |
| **依頼講師名** |  |
| **対象者** |  |
| **参加予定人数** | **人** |
| **担当者名** |  |
| **担当者連絡先** | **TEL　　　　-　　　-****FAX　　　　-　　　-****Email** |