**手話を学ぶ出前講座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** |  |
| **開催希望日時** | **年　　　　月　　　　日　（　　　）****午前・午後　　　時　　分　　～　午前・午後　　時　　分** |
| **場　　　　所** |  |
| **開　催　目　的** |  |
| **希望講座内容*** **あれば記入。複数可。**
* **気軽にご相談ください。**
* **体験型がおすすめ！**
 | **＜形　式＞****□　講演形式　　　　□　ワークショップ形式****□　ゲーム形式　　　□　聴覚障がい者との交流形式****＜内　容＞****□　手話について　　　□聴覚障がいについて****□　聴覚障がい者（当事者）の話を聞く****□　その他〔手話言語条例・その他（　　　　　　　）〕** |
| **依頼講師名** |  |
| **対　象　者****参加予定人数** | **（　　　　　　）人程度** |
| **担当者名** |  |
| **担当者連絡先** | **TEL　（　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　）****FAX　（　　　　　）－（　　　　　）－（　　　　　）****Email** |