事業者向け手話体験講座申込書

申込日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 | （フリガナ） | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　－  品川区 | | | | | | | |
| 代　表　者 | 職 |  | | | | 氏名 | | （フリガナ） |
| 連　絡　先 | 担当者名 | | （フリガナ） | | 電話 | |  | |
| メールアドレス | | |  | | | | |

**＜申込者＞**

**＜講座について＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　～ | |
| 第2希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　～ | |
| 第3希望 | 年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　～ | |
| 会　場 | 名　称 |  | |
| 住　所 | 〒　　－　　　品川区 | |
| 機器の貸し出し | | 可（プロジェクタ・PC・OHP・その他（　　　））・否 |
| 受講者 | 対象（職種・職位等）：　　　　　　　人数： | | |

**＜その他＞　学びたい手話等ご希望がございましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
| 例）お待たせしました、またお越しください等 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み先 | 品川区立心身障害者福祉会館　　　　　e-mail：sina-haken@s-kaikan.net 品川区障害者地域活動支援センター　FAX：03-3785-3366 |