福祉教育講師派遣申込書

福祉教育における指導講師の派遣を下記のとおり申し込みいたします。

学校名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連絡先 ＴＥＬ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申し込み年月日	令和　　年　　月　　日　（　　）	
実施予定日	第１希望	令和　　年　　月　　日（　　） (AM/PM)　　:　　～　(AM/PM)　　:
	第２希望	令和　　年　　月　　日（　　） (AM/PM)　　:　　～　(AM/PM)　　:
	第３希望	令和　　年　　月　　日（　　） (AM/PM)　　:　　～　(AM/PM)　　:
派遣講師	手話・点字・福祉講話（身障者） その他（　　）	
実施目的及び希望内容		
受講人数（クラス数）		
会　　場		
謝礼の有無	有　（　　円）　・　無	
担当者名		
備　　考		

小山市社会福祉協議会
〒323-0023　小山市中央町 2-2-21　小山市総合福祉センター　1 階
TEL　0285-22-9501　　FAX　0285-22-2940