

## 平成 年度手話講習会開催申込書

大分県聴覚障害者協会 F A X 0 9 7 - 5 5 6 - 0 5 5 6 に申し込みして下さい

回答機関名 ( )

主 催	( ) 市町村・社協・教育委員会・公民館 その他 ( )		
連絡先住所	〒 _____ tel _____ fax _____ 連絡担当者名 ( )		
講習会クラス	( ) 手話奉仕員養成入門課程 (2H×24回) ( ) 手話奉仕員養成基礎課程 (2H×23回) ( ) 上級課程 (2H×12回) ( ) その他 (1回・____回・子供向け講座____回程度)		
開催期間	入門	____月____日 ~ ____月____日	未定
	基礎	____月____日 ~ ____月____日	未定
	上級	____月____日 ~ ____月____日	未定
	その他	____月____日 ~ ____月____日	未定
開講式予定	入門	____月____日	未定
	基礎	____月____日	未定
	上級	____月____日	未定
	その他	____月____日	未定
開催場所	会場名 _____ 所在地 〒 _____ TEL _____ FAX _____		
開催曜日	入門	毎週____曜日・第____曜日・その他 ( )	未定
	基礎	毎週____曜日・第____曜日・その他 ( )	未定
	上級	毎週____曜日・第____曜日・その他 ( )	未定
	その他	毎週____曜日・第____曜日・その他 ( )	未定
開催時間	入門	____時____分 ~ ____時____分	未定
	基礎	____時____分 ~ ____時____分	未定
	上級	____時____分 ~ ____時____分	未定
	その他	____時____分 ~ ____時____分	未定
予算額	入門 ( ) 6,000円×24回=144,000円 基礎 ( ) 6,000円×23回=138,000円 上級 ( ) 6,000円×12回= 72,000円 その他 ( ) 6,000円×____回= _____円 ※交通費については、申請後に事務局で計算します		