

様式1-1

埼玉県障害者スポーツ協会 行 E-mail 2004@sainokuni-sasa.or.jp

地域コーディネーター事業「相談事業」依頼書

依頼年月日	令和 年 月 日	NO.	事務局使用
団体名			
住所			
TEL		FAX	
E-mail			
担当者	所属:		

ご相談 内容	<input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 企画相談 <input type="checkbox"/> その他( ) 内容を具体的にご記入ください。 *概要等の資料添付可		
	※企画相談の場合、決まっている範囲で下記内容をご記入ください。		
	対象者・人数等:		
	実施時期:		
	開催場所:		
回答方法の 希望	<input type="checkbox"/> 打合せ ( <input type="checkbox"/> Zoom <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 ) ※1		
	第1希望	月 日( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	月 日( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望	月 日( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	<input type="checkbox"/> 書面 ( <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX )		
ご依頼の きっかけ	<input type="checkbox"/> 当協会ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他( )		

※1 打合せをご希望の場合は、依頼書提出の7日後以降の希望日をご記入ください。  
 時間は、火曜日～金曜日(祝日・振替休日等を除く)9:00～17:00 の間の15～30分程度です。