

地域コーディネート事業 「講師紹介事業」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:		

事業等名称					
目的					
希望内容	<input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 講演・講話 <input type="checkbox"/> その他() 競技名・内容・テーマ等に関する希望を具体的にご記入ください。				
対象者	人数	名(うち障がいのある方の人数は下記に記入)			
	障がいのある方	肢体:	視覚:	聴覚:	知的: 精神:
	学校の場合	学年:	クラス数:		
	その他				
希望日時	第1希望	月	日()	時	～ 時
	第2希望	月	日()	時	～ 時
	第3希望	月	日()	時	～ 時
開催場所	会場名				
	住所				
	TEL				
会場 確認事項	会場の広さ: m × m	会場のある階数: 階			
	多目的トイレ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		スロープ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
予算(講師に 関わるもの)	円 (交通費: <input type="checkbox"/> 込 <input type="checkbox"/> 別)				
	備考:				
連絡欄					
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()				