

聞こえのサポーター養成講習会 開催申込書

※申込書はもれなくご記入ください。選択項目はいずれかにチェックを入れてください。

実施団体	団体名	(ふりがな)	
	担当者名	(ふりがな)	
	連絡先	電話番号	
		FAX番号	
e-mailアドレス			
講習会 コース	<input type="checkbox"/> ベーシックコース <input type="checkbox"/> アドバンスコース		
開催候補 日時 ※3日分	<第1候補>	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	<第2候補>	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	<第3候補>	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
開催会場	会場名		
	所在地 住所		
	設備	<input type="checkbox"/> DVDデッキ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> ホワイトボード	
受講人数 (予定)	人		
その他	<p>※講師があらかじめ講座内容をまとめますので、講座の位置づけや受講生の特性などを記載ください。</p>		

※開催会場については、申込者サイドで準備ください。

※申込み後に日程調整を行いますので、開催候補日(3日程度)を準備し、お申込みをお願いします。

日程調整、決定後に連絡させていただきます。

※申込み多数の場合は、年度中に開催できない場合もあります。

※新型コロナウイルス感染症予防に対応した講習会を実施いたします。

詳しくは社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会までご相談ください。

▼講習会担当者 記入欄
