手 話 講 習 会 申 込 書

御中

安城市聴覚障害者福祉協会

(団体用)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 注意　１　太枠の中のみ記入してください。  ２　該当する項目は○印をつけてください。 | | | 申請日 | 年　　月　　日 |
| 申 請 者 | 住 所 |  | | |
| 団体名 |  | | |
| 担当者 |  | 連絡先 | TEL　　 －  FAX　　 － |
| 派遣希望  日　時 | 第１希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　　時　　分 | | |
| 第２希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　　時　　分 | | |
| 派遣場所 | 場　所 |  | 部　屋 |  |
| 住　所 |  | | |
| 集　合 | 場　所 |  | 時　間 | 時　　分 |
| ※派遣場所と異なる場合のみ記入してください。 | | | |
| 参加対象 |  | | | |
| 予定人員 | 人 | | | |
| 行事内容 | １　手話普及、啓発を同的とするもの。  ２　聴覚障害者等との交流を目的とするもの。  ３　その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | |

★申込み・問い合わせ先★

　　安城市社会福祉協議会　安城市ボランティアセンター

　　電話０５６６－７７－２９４５　FAX０５６６－７３－０４３７

　　Email：syakyovola@syakyo.city.anjo.aichi.jp

授業の内容について、裏面の質問にお答えください。

該当するところを○でかこんでください。

（１）クラス単位について

　　　　ア）１クラスずつを希望　　　イ）学年全体での実施を希望

　　　　ウ）どちらでも、講師の都合による

（２）授業の時間について　※基本的には２時間です。

　　　　ア）１時間（４５分）を希望　イ）２時間（９０分）を希望

　　　　ウ）講師の都合による

上記の質問への回答を参考に、以下の表をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時　間　割 | ク　ラ　ス | | | 例 |
| 年　組  （　　人） | 年　組（　　人） | 年　組（　　人） | ３年１組  （３２人） |
| １時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |
| ２時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |
| ３時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |
| ４時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |
| ５時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |
| ６時限目  　　：　　～  　　　　　： |  |  |  |  |

※希望する時間に矢印を引いてください。

※複数クラスを同時に行う場合は、クラスに跨るよう、大きく矢印を引いてください。