**出前手話講座（子ども・事業所向け手話教室）申込書**

申請年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

中津市　福祉支援課長　殿

〒871-8501 中津市豊田町１４番地３

電　話　（０９７９）２２－１１１１

ＦＡＸ　（０９７９）２５－２３３５

団体名

代表者

住　所

**申込者**

電　話　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

担当者

※ご担当者様には内容の打ち合わせ等、市役所よりご連絡をとらせていただきます。

次の内容で申込みます

|  |  |
| --- | --- |
| 講座の対象 | 子ども向け　・　事業所向け　・　地域の皆さま |
| 日時 | 令和　 年　　月　　日（　　）　 　時　　分　～　　　時　　　分  令和　 年　　月　　日（　　）　 　時　　分　～　　　時　　　分 |
| 会　　　　場 |  |
| 参加人数 | 約　　　　人・内訳がわかれば別紙を添付してください。 |
| 希望内容 | 講座の内容は「聴覚障がい者とのコミュニケーション」「簡単な手話」「聴覚障がい者の体験談」などによる構成を基本の形としています。 |
| 聴覚障がい者の雇用について | ※事業所向け講座の場合のみ回答  聴覚障がい者を雇用中（　　　名）　・　今後雇用予定 |
| その他 |  |