事業者障害理解研修推進事業　講師派遣申込書

　　年　　月　　日

（宛先）姫路市障害福祉課長

申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

下記のとおり、事業者障害理解研修推進事業による研修の講師派遣を申し込みます。

１　事業者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（企業名） |  |
| 所在地（市内） | 〒　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| 担当者名 |  |

２　希望する研修の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 第１希望 | 年　　　月　　　日（　　） |
| 午前・午後　　時　　分 ～ 午前・午後　　時　 分 |
| 第２希望 | 年　　　月　　　日（　　） |
| 午前・午後　　時　　分 ～ 午前・午後　　時　 分 |
| 派遣場所（市内） |  |
| 参加人数 | 　　　　　　人（予定） |
| 内 容 | （希望する内容、テーマ等を記入してください） |
| 申込者側で準備できるもの | □　ホワイトボード・黒板　　　□　パソコン□　マイク、アンプ一式　　　　□　プロジェクター　　　　　　　□　スクリーン□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※上記の内容について、講師（障害者差別解消法ネットワーク）へ情報提供します。

　※研修日時・場所や内容については講師（障害者差別解消法ネットワーク）と調整の上決定します。

ご希望のとおり派遣できない場合がありますのでご了承ください。