

# 手話講師派遣依頼書

平成 年 月 日

社団法人福島県聴覚障害者協会  
会 長 吉田 正勝 様

事業所名 (団体名)		TEL FAX	
住 所			担当者名

月 日	平成 年 月 日 ( )
時 間	午前 後 時 分 ~ 午前 後 時 分
場 所	
内 容	
対象者	_____人
その他	
※ 資料添付	