（様式1）

障害についての理解啓発人材バンク

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　年　　月　　日（　　　） |
| 申込者 | 所属 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 実施希望日（時期） | 令和　　年　　月　　　日（　　）～　　月　　日（　　） | 詳細は、講師と調整の上、決定いただきます。 |
| 実施希望時間 | 　　時　　分～　　時　　分　　　　　　分間 |
| 実施場所 |  |
| 対象者 |  | 参加予定人数 |  |
| 希望講師 |  |
| 内容 |  |
| その他 |  |

講師派遣依頼書

**提出先　福知山市役所（1階）　障害者福祉課コミュニケーション推進係**

TEL:２４－７０１７ 　FAX:２２－９０７３

E-mail：shogaishafukushi@city.fukuchiyama.lg.jp