受付日　　　年　　月　　日

**講師派遣（ 出前 ・ 一般 ）申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| ご連絡先 | ご担当者 |  |
| ご住所 | 横浜市　　　　　区 |
| TEL/FAX | TEL　　　－　　　　－　　　　　　FAX　　　－　　　　－　　　　　 |
| E-mail |  |
| 日時候補日 | ①　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　　～　　　　：②　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　　～　　　　：③　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　　～　　　　： |

|  |  |
| --- | --- |
| 会場 | （上記住所と違う場所で行う場合のみ記入） |
|  |
| 会場住所 | 横浜市　　　　　　区 |
| 受講者 | 職種 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 人程度 |

|  |  |
| --- | --- |
| 講座内容 | **ご希望のテーマに〇印をご記入ください** |
| 【概要】聴覚障害者と聴覚障害者情報提供施設について　※毎回必ず説明します。 |
|  | ①聴覚障害者対応のポイント |
|  | ②コミュニケーション実践（手話・筆談） |
|  | ③加齢性（老人性）難聴について |
|  | ④福祉制度（通訳派遣制度の利用方法など）について |
|  | ⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 広報誌等に報告記事を掲載してよろしいでしょうか？ | 可　・　不可 |
| 会場設備 | **会場の設備について、参考に教えてください** |
| （　）液晶プロジェクター　（　）スクリーン　（　）マイク　　　　本（　）テレビモニター　（　）ホワイトボード　　※講師用パソコンは持参します。 |
| ・少人数の場合は、テレビなどをつなげて映す方法でも可能です。・資料はこちらで人数分準備します。 |
| 備考 | **講師派遣のことを知ったきっかけについて教えて頂けますか**（　）ホームページ　（　）チラシ　（　）その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

|  |
| --- |
| 【申し込み・問い合わせ先】横浜ラポール聴覚障害者情報提供施設　普及・啓発事業　担当 |
| 〒222-0035　横浜市港北区鳥山町1752　障害者スポーツ文化センター横浜ラポールTEL 045-475-2057　　**FAX 045-475-2059** |

|  |  |
| --- | --- |
| 事務記入欄 | 講師： |
| 対応職員名（） | 謝金：　有　・　無 |
| 資料：　レジメ・パワーポイント・ＤＶＤ・その他： |