

高次脳機能障がい講師派遣事業依頼書

宮崎県身体障害者相談センター所長 殿

依頼者名

下記のとおり講師の派遣を依頼します。

記

団体名						
住所						
連絡先	TEL				F A X	
	E-mail					
	担当者	職名			氏名	
行事の概要	行事名					
	開催日時	平成	年	月	日 ( 曜 )	
		時	分	～	時 分 ( 時間 )	
	開催場所					
	講話時間	時	分	～	時 分	
参加者の状況	参加者数:	名 (内、男性	名、女性	名)		
	年齢層:	歳	～	歳		
	特記事項:					
会場の機器	機器の状況	パソコン	:	有	・ 無	
		プロジェクター	:	有	・ 無	
		レーザーポインター	:	有	・ 無	
		延長コード	:	有	・ 無	
		スクリーン	:	有	・ 無	