**秋田県発達障害者支援センターふきのとう秋田**

**講師派遣申込書**

記入年月日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 団体長名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| ご希望内容を①～⑨にご記入ください |
| ①研修目的 | ③希望日時　第一希望　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　： |
| 第二希望　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　： |
| ②研修内容として希望する内容等　講話時間　（　　　　分） | 第三希望 　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　： |
| ④開催場所 |
| ⑤受講者予定人数　　　　　　　　　　　　　名 |
| ⑥受講対象者　職種等 |
| ⑦準備可能な機材　**〇をつけてください**パソコン・プロジェクター・マイクスクリーン・ホワイトボードその他（　　　　　　　　　　　　） |
| ⑧この事業を知ったきっかけ・（　　　　　　　　　）からご紹介 ・ふきのとう秋田ホームページ・研修会等に参加して　　　　　　　　 ・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑨連絡事項　※講師のご希望がございましたら、ご記入ください。※講師は無償でお引き受けいたしますが、謝礼等のご準備がある場合は手続きが必要になりますので予めお知らせください。 |