

出前講座申込書

令和 年 月 日

倉敷市総合福祉事業団 健康福祉課長 宛

団体名

担当者 〒.....

住 所

氏 名

電 話 (.....).....

FAX (.....).....

E-mail:

次のとおり出前講座を申し込みます。

希望日時 (実施時間)	第1希望 : 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
	第2希望 : 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
開催場所	開催場所が上記の住所と異なる場合は記入してください。	
希望講座	☐ おとなの見え方について (内容: セルフチェック方法、日常生活の注意点等) ☐ 子どもの見え方について (内容: 視力の発達、日常生活の注意点等) ☐ 視覚障がいの理解について (内容: 視覚障がい体験、接する上でのマナー等) ※各内容30分程度～	
参加人数	約 名	
確認事項 ☐ にチェック	(1) 誓約事項 ・ 公の秩序または善良の風俗を乱すことはありません。 ・ 政治・宗教または営利を目的としません。	☐ 左記の事項を遵守します。
	(2) 事前相談 (事前相談が必要です) ・ 事前相談実施状況	☐ 事前相談実施済みです。
備 考	※具体的に聞きたい内容など、講座への要望がありましたらご記入下さい。	

注：業務の関係でご希望にそえない場合があります。

下記は記入しないでください。

※受付欄：くらしき健康福祉プラザ視能訓練室 令和 年 月 日