

手話教室依頼書

年 月 日

特定非営利活動法人高崎市聴覚障害者協会
理事長 堀米 泰晴 様

〒
住 所
団 体 名
代表者名
担当者名
連 絡 先 FAX
TEL

開催日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()				
回数	回	AM・PM	時 分	~	AM・PM 時 分
指導時間	(1講座) 1H 1・5 2H				
開催場所				予 算	
対象者	一 般 名	対象者	児童・生徒 学年 名		
	高校大学等 名		保護者・他		
連絡事項 ○第3希望日までご記入ください					
①					
②					
③					
○(学校の場合) 事前学習に役立つ動画がございます。 「耳の聞こえないろう者の1日に密着!」や「手話の基礎知識」など、 児童向けに作られています。時間は6~10分程度です。 事前に視聴いただき、導入とさせていただければと思います。					
視聴する しない ○を付けてください					