

平成31年度 オアシス講座障がい者講師応援事業 講師登録申込書

ふりがな				男 ・ 女
氏名				
生年月日	年 月 日 ( 歳 )			
住所	〒			
電話		F A X		
Email				
障害名・等級			車いす使用	有 ・ 無
資格・経験等				
講座名				
講座内容 ※できるだけ詳しく 記入してください				
	(所要時間：_____分/回) (希望回数：全_____回)			
希望会場	体育室 ・ 研修室 ・ 創作室 ・ 調理室			
開講希望時期	(例：9月～11月の間を希望 等)			
開講可能曜日	火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土			
教材費等	無 有 (1人_____円程度 / 1回_____円程度) (内容：_____)			
その他 ※配慮が必要な点、 PRなど				

※上記の個人情報は、個人情報保護法に関する法令を遵守し、申込者への必要な連絡以外の目的では使用いたしません。