様式第３号

福岡市障がい者差別解消・障がい理解促進事業申込書

福岡市障がい者差別解消・障がい理解促進事業について、下記の通り申し込みます。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み団体名 |  |
| 代表者 |  |
| 連絡先 | 担当者氏名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| e-mail |  |
| 日時等 | 実施日 |  |
| 講座等の時間（うち、講師等の対応時間） | 　　：　　　～　　　：　　（　　：　　　～　　　：　　） |
| 集合時間 | 　　：　　 |
| 会場 | 会場名 |  |
| 住所 |  |
| 参加予定人数 | 　　　名 |
| 希望する講師番号（講師一覧から選んでください。） |  |
| 駐車場の有無 | 有　・　無 |
| 備考 |  |

※会場の確保は地域団体でお願いします。

※講師の派遣は２時間以内となります。