**講師等派遣申込書**

令和　　年　　月　　日

茨城県福祉部障害福祉課　御中

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　組織名

申請者　 所在地

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

次のとおり講師等を派遣くださるようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 【第1希望】令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　分から　　時　分まで【第2希望】令和　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　時　分から　　時　分まで |
| 場　所 |  |
| 対象者 |  |
| 参加人数 | 　約　　　　　　名 |
| 講義テーマなど希望項目に○印を付けてください※複数可 | １　障害者差別解消法や障害者権利条例について２　差別事案や合理的配慮の提供に関する事例について３　その他（特に聞きたい事項など）　※その他の内容については、講義の内容として対応可能か、事前に調整させていただく場合がございます。 |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| 電　話 |  |
| E-mail |  |