**研修会講師派遣申込書**

令和　　年　　　月　　　日

長崎県発達障害者支援センター長　　様

住　　所

機 関 名

　　　　　　　　　　　　　 代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会等の  名称・形態 | 名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  講演会　　・　　研修会　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  ※○をお付けください。 |
| 講義内容 | 【テーマ】  【目的・ねらい】  【講義時間】 　　　　時間　　　　分（予定） |
| 対象者 | 受講予定数：　　　　 　　　　人  職　種　等：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 会場  （派遣場所） |  |
| 機材の状況 | Power Pointインストール済みパソコン 　　有 ・ 無  プロジェクター 　　　有 ・ 無  スクリーン　　　　　　有 ・ 無　　　　　　　　　　　　※○をお付けください。 |
| 派遣希望日時 | 1. 令和　　年　　月　　日（　　　）　　　時　　分　　～　　時　　分 2. 令和　　年　　月　　日（　　　）　　　時　　分　　～　　時　　分   ③ 令和　　年　　月　　日（　　　）　　　時　　分　　～　　時　　分  ※業務の都合により、ご希望に添えない場合は、別日程の調整をさせていただきます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡担当者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職等：  住所：  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail： |