**門真市手話講習会**

**手話を学びたい団体向けに講師派遣をします！**

**★対象者**

**市内の団体**

**・小中学校、高等学校（教諭も含む）、幼稚園、保育園（教諭も含む）等**

**・医療機関、各種福祉施設　・一般企業**

**・町内会、老人クラブなど**

**★時間**

**日時については、相談させていただきます。**

**・４５分／回×５回を基本のコースとします**

**・それ以外も申込団体のご希望（回数や時間配分など）に応じて実施しますので、ご相談ください**

**★内容**

**・手話の講習**

**・講演（聞こえない人の暮らしについてなど）**

**・その他　申込団体のご希望の内容など**

**★費用　　　無料**

**会場につきましては依頼される団体でご用意ください。**

**★申込方法**

**・所定の様式にご記入の上、障がい福祉課までご提出ください**

**講師と調整の上、ご連絡させていただきます**

**聞こえない人の暮らしや手話について**

**学びましょう！**

【申込先・問合せ先】

**門真市障がい福祉課**

**TEL　０６-６９０２-６１５４**

**０６-６９０２-６０５４**

**FAX　０６-６９０５-９５１０**

**Email　chokaku@city.kadoma.osaka.jp**



**門真市手話講習会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 申込団体 |  |
| 1. 担当者 |  |
| 1. ご連絡先 | 住所  電話番号  FAX  ﾒｰﾙ |
| 1. 開催希望 | 希望コース   1. 45分×　回（　　月から　　　月ごろ） 2. 90分×　回（　　月から　　　月ごろ） 3. 120分×　回（　　月から　　　月ごろ） 4. 分×　　回（　　月から　　　月ごろ） 5. 希望曜日・時間帯があればご記入ください。 |
| 1. 開催場所 | 住所  施設名（部屋）  会場機器（パソコン、スクリーン、プロジェクター、DVDレコーダー） |
| 1. 参加予定   人数 | 人 |
| 1. 開催目的 |  |
| 1. 備考 | 希望する内容があればご記入ください |

※障がい福祉課

FAX：06-6905-9510または、メール（[chokaku@city.kadoma.osaka.jp）へ申込ください](mailto:chokaku@city.kadoma.osaka.jp）へ申込ください)。メールの場合は、メール文に上記①～⑨の内容をご記入ください。