

障害者理解学習実施計画書

年（ 年） 月 日

宇部市障害福祉課長 様

名 称
代表者名

以下のとおり、障害者理解学習支援事業に係る講演会または研修会を計画しましたので、提出します。

実施予定日時	年 月 日（ ） : ~ :		
実施予定場所			
対 象 者 ※対象を○で囲み 予定人数を記入	学 校	小 学 校	年 名
		中 学 校	年 名
		高 等 学 校	年 名
		高 等 専 門 学 校	年 名
		大 学 (短 期 大 学 含 む)	年 名
		専 門 学 校	年 名
		保 護 者	名
		教 職 員	名
	地 域 事 業 所 及 び 団 体 等	従 業 員 ・ 会 員	名
		家 族	名
一 般 市 民		名	
講演会または 研 修 会 の 内 容 ・ テ ー マ			
講演会または 研 修 会 の ね ら い			
講 師 (指導者)	フリ 氏 名 : 住 所 : 連 絡 先 : TEL () FAX ()		
講師謝礼金額	円		
担当者名・連絡先	担当者名 : 連 絡 先 : TEL () FAX () E-mail :		

※実施日の14日前までに提出してください。