**講師派遣願い**

　　　　　年　　　月　　　日

宮城県視覚障害者情報センター所長　様

　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　申込者

　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

下記の通り講師の派遣を依頼したいのでご承認願います。

記

１　日時　　　　　　年　　月　　日(　　)　　時　　分～　　時　　分

２　場所

３　内容

４　参加者

５　特記事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 副所長 | 総務課長 | 所　員 |
|  |  |  |  |

センター記入欄