

全日本ろうあ連盟本部事務所気付(FAX 03-3267-3445)

(E-Mail : shigihara@jfd.or.jp)

別紙A

聴覚障害者の強制不妊手術等対策チーム 宛

聴覚障害者の強制不妊手術等問題に関する
啓発・学習会 講師派遣依頼書

申込日 月 日

団体名	
担当者名	
連絡先 (〒 -)	
	FAX TEL
地域学習会要項	集会開催予定日時 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	(実際の講演時間 時 分 ~ 時 分)
	集会名など
	開催会場(住所) *地図も添付してください。
	*来所時間 時 分 来所場所 開催会場に同じ・他()
	参加対象者
	参加者数の見込 人
	(準備備品 : プロジェクター・スクリーン・投影用PC)
その他連絡・希望 事項など	

*事務局使用覧

派遣決定	連絡日:	講師名:	報告書: 地 講