

講師派遣 申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者	団体名							
	代表者名							
	担当者名							
	住所	〒	—					
	TEL				FAX			
メールアドレス								
対象	() 児童・生徒	学年	年生	クラス数	クラス	人数	名	
	() 児童・生徒以外	()				人数	名	
派遣 希望日	第1希望	年 月 日 ()						
		時 分 ~ 時 分 (限目)						
	第2希望	年 月 日 ()						
		時 分 ~ 時 分 (限目)						
会場	() 教室 () 体育館 () その他 ()							
内容	方式	() 講演 () その他 ()						
	テーマ	※希望するテーマについてご記入ください。						
謝礼	講師料	円 (税込み・税別)				交通費	円	
連絡事項	※その他ご要望などありましたらご記入ください。							

※希望日までに余裕を持ってお申し込みください。
 ※講師の都合がつかない場合は、お断りさせていただくことがあります。

<お申込み先・お問合せ先> 愛知県弁護士会 子どもの権利委員会
 TEL:052-203-4410 FAX:052-204-1690
 ※お電話の受付時間は、平日の午前9時から午後5時までです。