

**(有) コラボねっと お申し込みフォーム**

<b>依頼者 (団体名)</b>	
<b>依頼者 連絡先</b>	〒 - 住所 TEL - FAX - E-mail 担当者名(所属)
<b>希望日時 または 希望時期</b>	第1希望: 年 月 日( ) 時 分~ 時 分まで 第2希望: 年 月 日( ) 時 分~ 時 分まで 希望概要 希望開催月: 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 特になし 曜日: 平日( ) 曜) 土曜 日曜 特になし 時間帯: 午前 午後 夜 終日 特になし
<b>開催 予定場所</b>	
<b>希望する 主なテーマ やねらい</b>	
<b>対象</b>	行政職員    メンバー    一般市民    その他 _____ 合計                      名程度を想定
<b>希望講師</b>	石井布紀子    伊藤美恵    その他 調整・紹介のご希望など
<b>希望形式</b>	講演・お話                                      ミュージック・ケアセッション シンポやパネルの出演者                      ワークショップ その他 _____
<b>支払等</b>	<予算> ¥ _____ (税別・税込)    委託料として    謝金として <交通費> 別途支払( 実費                      上限あり ¥ _____ まで支払い) 委託料および謝金を含む <支払い方法> 振込(請求書の宛名: _____ ) 現金払
<b>講座で期待 することや、 今回依頼を 決めた理由 等</b>	

\* 記入できる範囲でけっこうです。詳細はお電話でご相談させていただきます。

**【送付先】(有) コラボねっと・京都自立支援センター**

FAX: 075-953-4457 E-mail: [info@collabonet.net](mailto:info@collabonet.net)

<b>事務局 記入欄</b>	受付日時 年 月 日 時頃 受付者 対応
--------------------	-------------------------