

演者・講師登録フォーム

■基本情報

所属団体名		
登録者名		(登録担当者名)
紹介者名		
住所	〒	
TEL/FAX	TEL	FAX
E-mail		

■登録者プロフィール

専門分野	<input type="checkbox"/> スポーツ(種目名:) <input type="checkbox"/> 音楽(ジャンル:) <input type="checkbox"/> 文化(ジャンル:) <input type="checkbox"/> その他()
プロフィール (実績など)	
形式	<input type="checkbox"/> 講演形式 <input type="checkbox"/> 実演(体験・演奏会) <input type="checkbox"/> シンポジウム・トークショー <input type="checkbox"/> その他()
主なテーマ	
プログラム内容	
ご自身のことについて	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由(車いすユーザー) <input type="checkbox"/> 肢体不自由(立位) <input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 情緒障害(自閉症を除く) <input type="checkbox"/> 発達障害(LD、ADHD、自閉症等) <input type="checkbox"/> その他()
依頼者側での準備物	
その他特記事項	

当団体事務局記入欄 起案 年 月 日 / 担当者()