

令和6年度（2024年度）障害者青年教室事業計画書

豊中市教育長あて

申込者 施設（事業所）名 _____

代表者名 _____

所在地〒 _____

TEL _____

1.実施事業

事業名：	講師名：
実施場所：	参加予定人数： 人
実施回数： 回／月	開設予定時間： 時 ～ 時
この事業の実施目的（詳細に）： 	

※複数の事業を申請する場合は様式第2号-②に記入ください。

※様式1 補助金交付申込書とともにご提出ください。