

OFIX 国際理解教育外国人サポーター派遣依頼申込書

公益財団法人大阪府国際交流財団 理事長 様 (Fax: 06-6966-2401 Email: info@ofix.or.jp)

貴校(団体)名		<input type="checkbox"/> 初めて OFIX へ依頼
代表者	担当者	
所在地	〒	
電話/Fax Email	Tel: _____ Fax: _____ Email: _____	

○ 貴校(団体)の希望/条件など

希望日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分 (第2希望)
実施場所	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> オンライン (Zoom) <input type="checkbox"/> 映像教材
住所	
最寄り駅	線 駅 (約 m) ※最寄駅から学校まで遠方の場合、車の送迎について (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否)
対象者	<input type="checkbox"/> 児童・生徒 (年生) <input type="checkbox"/> その他 () 人 クラス
内容	(目的・テーマ)
	(具体的な内容)
使用できる 機器等	<input type="checkbox"/> パソコン (外部 USB、パワーポイント対応) <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> CD プレーヤー <input type="checkbox"/> 音響設備 (マイク、スピーカー等) <input type="checkbox"/> ホワイトボード (黒板) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 実施場所でのインターネット使用
請求書	<input type="checkbox"/> 指定様式 <input type="checkbox"/> OFIX 様式

○ 希望する人材について

希望の外国人 サポーター	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
	第1希望(国・地域名)
	第2希望(国・地域名)
	第3希望(国・地域名)
希望人数	人程度 (最大 人まで 最低 人欲しい)
その他 要望事項	

※ 費用負担について

原則として派遣をご依頼いただいた小・中・高等学校等に、外国人サポーター等の派遣に対する費用(派遣1名1回につき6,000円)をご負担いただきます。映像教材の貸出について(1個につき3,000円。郵送費別)