

視聴覚教材利用報告書

神戸市福祉局人権推進課 宛

返却日 年 月 日

団体名 代表者氏名		
所在地 (連絡先)	電話 (内線)	
使用教材の タイトル	No.	
研修名		
参加者	名	
ご意見 ご感想		

教材の状態	1 異常なかった 2 映像や音声が悪れていた (位置: 時 分 秒)	

* 返却時に必ず持参してください。