

岐阜県聴覚障害者情報センター利用申請書

申請日 年 月 日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

施設利用について、以下の通り申請します。

| | | | |
|--------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------|
| 団 体 名 | | | |
| 代表者氏名 | | | |
| 申込者氏名 | | | |
| 申込者住所 | 〒 | | |
| | (連絡先)TEL | FAX | |
| 利用の目的 | | | |
| 利用日時 利用人数 | 年 月 日(曜) | : ~ : | 人 |
| | 年 月 日(曜) | : ~ : | 人 |
| | 年 月 日(曜) | : ~ : | 人 |
| | ※時間枠 | 《午前》9:00~12:00 《午後》13:00~17:00 | |
| 利用する施設の名称 (○を付けてください) | ボランティア室(定員 40 名) | 相談室(定員 4 名) | |
| 備 考 | | | |
| 使用する備品 (番号に○を付けてください) | 1. プロジェクター | 2. スクリーン | 3. ノート PC |
| | 4. OHC | 5. DVD プレーヤー | 6. ヒヤリングループ |
| | 7. 電源延長コード | 8. マイク | |
| 情報センター記入欄 | | | |
| 上記利用申請を受理いたしました | | | |

【申込先】岐阜県聴覚障害者情報センター FAX:058-275-6066

メールアドレス: gifudeafcenter@waltz.ocn.ne.jp