

# 岐阜県聴覚障害者情報センター見学申請書

申請日 年 月 日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

情報センターの見学について、以下の通り申請します。

見学希望日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
参加人数	聴覚障害者: 名	健聴者: 名	※車いす使用の方: 名
交通手段	①JR・路線バス ②マイクロバス(福祉バス) ③自家用車 ④その他( ) ※番号に○を付けて下さい		
備考	※見学時の要望がございましたらご記入ください。		

団体名		
代表者氏名		
代表者住所 連絡先	〒	
	TEL	FAX
緊急連絡先	お名前:	連絡先:

お申込み・お問い合わせ

〒500-8384

岐阜県岐阜市藪田南 5-14-53 県民ふれあい会館1棟6階

岐阜県聴覚障害者情報センター

TEL 058-213-6786 FAX 058-275-6066

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