

平成 年 月 日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

借受人氏名 印

借受人住所

TEL

FAX

## 備品借用願い

\_\_\_\_\_を借用したく下記の通り申請します。

### 記

1.貸出目的 \_\_\_\_\_

2.利用する場所 \_\_\_\_\_

3.利用する集会等名称 \_\_\_\_\_

4.利用する聴覚障害者数 \_\_\_\_\_名

5.貸出期間 平成 年 月 日より  
平成 年 月 日までの 日間(最長14日間)

6.延長要望と理由(貸出期間が14日を超える場合のみ記入)

《FAX送信先 岐阜県聴覚障害者情報センター 058-275-6066》

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