

岐阜県聴覚障害者情報センター利用申込書

平成 年 月 日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

〒500-8384 岐阜市藪田南5-14-53

岐阜県民ふれあい会館6階

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

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 の 日 時 利 用 人 員	月 日	時 間	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〈夜間〉(水曜日のみ)18:00~20:45			
利 用 す る 施 設 の 名 称	<input type="checkbox"/> ボランティア室(定員40名) <input type="checkbox"/> 相談室(定員4名)		
備 考			
備 品 使 用 申 込 み	<input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> OHC <input type="checkbox"/> 磁気誘導ループ <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> ビデオデッキ		

※注1 □については、該当するものにチェックを記入してください。

※注2 夜間の使用は水曜日のみです。

※注3 備品使用はボランティア室のみ可能です。

《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