

申請日 平成 年 月 日

アウトリーチ活動事業申請書

日 時	年 月 日 ()	
	時 分 ~ 時 分	
会 場	(住 所)	
	駐車場 (有 ・ 無) 最寄駅 ()	
申 込 者	団体名	
	代表者	
	所在地 〒	
	担当者	
	TEL	
	FAX	
対 象 者		名
機 材	<input type="checkbox"/> ホワイトボードまたは黒板 <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク (ご準備いただける物にチェックを入れてください) ※パソコンとプロジェクタは講師が持参いたします。	
掲載の可否	可 ・ 否 ※岐阜県聴覚障害者情報センターのホームページ・機関紙等への 掲載について (実施状況の写真等)	
希 望 す る 内 容 等		
センター記入欄		

※必要事項を記入して、郵送、FAX、電子メールにてお申し込みください。

お申込み・お問い合わせ

岐阜県聴覚障害者情報センター

TEL 058-213-6786

FAX 058-275-6066

電子メール gifudeafcenter@waltz.ocn.ne.jp