様式1

アウトリーチ事業申請書

申請日　　年　月　日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 様

アウトリーチ事業について、以下の通り申請します。

日　　時	年　月　日（　）　時　分 ～　時　分		
会場（住所等）	〒		
	駐車場（ 有 ・ 無 ）　最寄駅（　　）		
待合せ場所	会場とは別途指定がある場合（なければ同上と記入してください）		
申　込　者	団 体 名：		
	代表者名：		
	〒		
	TEL	FAX	
	担当者名：		
対　象　者		名	
機　　材	□ホワイトボードまたは黒板　□スクリーン　□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ーは講師が持参いたします。		
掲載の可否	可 ・ 否	※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			

※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・お問合せ
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