

岐阜県聴覚障害者情報センター利用申込書

申請日 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
県民ふれあい会館 1 棟 6 階
TEL 058-213-6786
FAX 058-275-6066

下記の通り申請します

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			
利用日時 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》18:00~20:45 (水曜のみ)	
利用する施設の名称 (○を付けてください)	ボランティア室 (定員 40 名)	相談室 (定員 4 名)	
備 考			
使用する備品 (番号に○を付けてください)	1. プロジェクター	2. スクリーン	3. ノート PC
	4. OHC	5. DVD プレーヤー	6. ヒヤリンググループ
	7. 電源延長コード	8. マイク	
情報センター記入欄			
上記利用申請を受理いたしました			

《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