岐阜県聴覚障害者情報センター利用申請書

申請日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長　様

施設利用について、以下の通り申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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 |  |

【申込先】岐阜県聴覚障害者情報センター　FAX:058-275-6066

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