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