岐阜県聴覚障害者情報センター見学申請書

申請日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長　様

情報センターの見学について、以下の通り申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 見学希望日時 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　　分～　　　　　時　　　　　分 | | |
| 参加人数 | 聴覚障害者：　　　　　　　　　名 | 健聴者：　　　　　　　　　名 | ※車いす使用の方：　　　　　　　　　名 |
| 交通手段 | ①JR・路線バス  ②マイクロバス（福祉バス）  ③自家用車  ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※番号に〇を付けて下さい | | |
| 備考 | ※見学時の要望がございましたらご記入ください。 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | |
| 代表者氏名 |  | |
| 代表者住所  連絡先 | 〒 | |
| TEL | FAX |
| 緊急連絡先 | お名前： | 連絡先： |

お申込み・お問合わせ

〒500-8384

岐阜県岐阜市薮田南5-14-53　県民ふれあい会館１棟６階

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