字幕表示メガネ（MOVERIO:モベリオ）貸出申請書

申請日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長　様

字幕表示メガネの貸出について、以下の通り申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先（電話・FAX等） |  |
| 貸出希望期間 | 年　　　　　月　　　　　日　　　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

※貸出期間は１週間です。

視聴する映画のタイトル（名前）をご記入ください。※事前に字幕データをダウンロードいたします。

【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

※申請書受領の連絡はございません。但し、貸出が重複した場合等は情報センターよりご連絡させていただきます。