様式１

アウトリーチ事業申請書

申請日　　　　　　年　　　月　　　日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長　様

アウトリーチ事業について、以下の通り申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | 年　　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　時　　　　分　～　　　　　時　　　　　分 | | | | |
| 会場（住所等） | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| 駐車場（　有　・　無　）　　最寄駅（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 待合せ場所 | 会場とは別途指定がある場合（なければ同上と記入してください） | | | | |
| 申込者 | 団体名： | | | | |
| 代表者名： | | | | |
| 〒 | | | | |
| TEL | | | FAX | |
| 担当者名： |  | | | |
| 対象者 |  | | | | 名 |
| 機材 | □ホワイトボードまたは黒板　　　　　　□スクリーン　　　　　　　□マイク  （ご準備いただける物にチェックを入れてください）  ※パソコンとプロジェクターは講師が持参いたします。 | | | | |
| 掲載の可否 | 可　・　否 | | ※ホームページ・機関紙等への掲載について（実施状況の写真等） | | |
| 希望する内容等 |  | | | | |

※必要事項を記入して、郵送、ＦＡＸ、電子メールにてお申し込みください。

お申込み・お問合せ

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