

盲ろう者体験グッズ貸出申込書

一般社団法人長崎県ろうあ協会 会長 様

下記のとおり盲ろう者体験グッズ貸出を申し込みます。

申込日 年 月 日	申込み <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール			受付者
団体名				
申込者		連絡先	TEL/FAX	
利用日時	貸出日	年 月 日 ()		
	返却日	年 月 日 ()		
利用目的				
利用備品				
<input type="checkbox"/> アイマスク	<input type="checkbox"/> ウェストポーチ	<input type="checkbox"/> 小型カセットデッキ		
<input type="checkbox"/> カセットテープ	<input type="checkbox"/> ヘッドホン	<input type="checkbox"/> 白杖		
<input type="checkbox"/> 疑似体験キット (ダス)	<input type="checkbox"/> その他 ()			
報 告				
備品の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 要修理			
	異常の場合、詳しい説明			

※ 長崎県聴覚障害者情報センター 記入欄

貸出日		貸出処理者	
返却日		返却処理者	
機器確認者			