

長崎県聴覚障害者情報センター利用申込書

長崎県聴覚障害者情報センター長 様
 TEL/095-847-2681 FAX/095-847-2572

下記のとおり長崎県聴覚障害者情報センターの利用を申し込みます。

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	代表者名	
申込者名	連絡先	TEL/FAX
利用日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
利用目的	※会議名・研修名	
利用場所		予定人数
<input type="checkbox"/> 作業室		名
<input type="checkbox"/> ボランティア室		名
<input type="checkbox"/> パソコン利用室・研修室		名
<input type="checkbox"/> 試写室		名
利用備品		
<input type="checkbox"/> 印刷機	<input type="checkbox"/> テレビ	<input type="checkbox"/> DVD/VHSデッキ
<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> スクリーン	<input type="checkbox"/> ホワイトボード
<input type="checkbox"/> その他 ()		

終了後、下記を記入してご提出下さい。

報 告			
実際の利用者	人数 名	□男性 名	□女性 名
利用終了時間	時 分		
後片付け	<input type="checkbox"/> 備品の移動 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 窓の開閉 ※終了したら☑して下さい		



学習会、会議、打合せ等でお越しの際、
 駐車場は利用できません。
 お近くの有料駐車場をご利用ください。

※終了 確認印	
------------	--