

## 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"/> パソコン利用室・研修室		名
<input type="checkbox"/> ボランティア室		名
<input type="checkbox"/> 作業室 ※印刷機使用の場合のみ入室可		名
<input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> 男性	名 <input type="checkbox"/> 女性
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	
------------	--