

大分県聴覚障害者センター利用申請書

大分県聴覚障害者センター施設長 殿

下記の通り施設を利用したいので申し込みます

団体名 _____

住 所 _____

代表者 _____

連絡先 電話 _____ FAX _____

記

利用年月日	平成 年 月 日()	
会議・研修会名		
利用時間	時 分～ 時 分	
利用施設	1階	会議室 発声訓練室 ミニシアター
	2階	研修室 ボランティア活動室 スタジオ 制作室
利用予定人数	人予定 聴覚障害者 人・聴覚障害児 人・一般 人	
駐車予定台数	台 ※他の駐車場の確保(有る 場所()なし)	
その他	<input type="checkbox"/> マイク ___本使用希望 ※ハンドマイク、ピンマイクそれぞれ 1本ずつしか使えません。 <input type="checkbox"/> その他の希望等	