

## 新潟県聴覚障害者情報センター施設等使用申込書

団体名							
ふりがな 代表者名							
住 所	〒						
	FAX	-	-	TEL	- -		
使用目的							
使用年月日	令和	年	月	日 ( )	使用予定人数	人	
使用時の 責 任 者				連絡先	FAX	- -	
					TEL	- -	
使用施設	作業室	午前・午後		時	分から	時	分まで
	相談室	午前・午後		時	分から	時	分まで
	スタジオ	午前・午後		時	分から	時	分まで
	付帯設備 等 使用	ビデオデッキ・TVモニター ( )					
上記のとおり使用したいので申し込みます。							
令和 年 月 日							
新潟県聴覚障害者情報センター所長 様							

※ 使用に際しては、新潟県聴覚障害者情報センター利用規定に従ってください。