

センター見学 申請書

三重県聴覚障害者支援センター 様
 TEL : 059-223-3302
 Fax : 059-223-3301

下記のとおりセンター見学を致したく申し込みます。

申請日: 令和 年 月 日

※見学団体登録番号を記入される場合は、団体名・住所の記入は不要です。

見学団体登録番号			
団体・個人名			
住所(団体・個人)	〒	TEL	
		Fax	
		email	
フリガナ		緊急 連絡先 (氏名、連 絡先等)	
申請者名			
見学日時	令和 年 月 日 () : ~		
予定見学者数		見学責任者	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 触手話 <input type="checkbox"/> その他()		
見学目的			

[見学時の注意事項]

1. 見学申し込みは原則として、見学日の6ヶ月前から申請受付を開始し、3日前までに申請するものとします。
 ただし、緊急などの諸都合がある場合はこの限りではありません
2. 見学ができる時間は原則として、午前9時から午後5時までとします。ただし、センター長の承認を受ける場合はこの限りではありません。

※次の事項に該当するときは、使用の許可ができません。

- ・ 公の秩序又は善良な風俗を乱すおそれがあると認めるとき
- ・ 施設等を損傷し、又は滅失するおそれがあると認めるとき
- ・ 営利を目的としていると認めるとき
- ・ 暴力排除の趣旨に反すると認めるとき
- ・ 施設等の管理上支障があると認めるとき

見学案内担当者

--

受付番号	受付日	受付者	センター長(フルネーム)	印

※センター長の承認必要時