

研修室・ボランティア作業室 利用申請書

三重県聴覚障害者支援センター 様

Tel : 059-223-3302

Fax : 059-223-3301

下記のとおり利用を致したく申し込みます。

申請日：令和 年 月 日

(本申請開始日：令和 年 月 日)

※利用団体登録番号を記入される場合は、住所の記入は不要です。

利用団体登録番号			
団体・個人名			
住所(団体・個人)	〒	Tel	Fax
フリガナ	email		
申請者名		緊急連絡先 (氏名、 連絡先等)	
利用日時	令和 年 月 日 ()	:	~ :
利用部屋名	<input type="checkbox"/> 研修室	<input type="checkbox"/> ボランティア作業室	<input type="checkbox"/> 両方使用
利用附帯設備	<input type="checkbox"/> 赤外線補聴システム	<input type="checkbox"/> ヒアリンググループ	<input type="checkbox"/> その他 情報機器 ※別途申請してください。
利用目的			
予定利用者数		利用責任者	

[申請方法および利用時の注意事項]

1. 申込みは、利用日の6ヶ月前から受付を開始し、2ヶ月前から3日前までに本申請できるものとします。
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. 6ヶ月から2ヶ月前の期間にセンターの事業が入った場合は、申請をお断りする場合があります。
2ヶ月前になりましたら、本申請の連絡をセンターにしてください。
3. 利用時間は原則として、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。
4. 部屋の利用終了後は、部屋を原状に戻し、照明やエアコンの電源の切断を忘れずに行ってください。
また、受付にて時刻・利用者人数をご記入ください。

※以下の項目について確認のうえ、チェックと署名をお願いします。

利用団体規約を確認しました

営利目的の使用ではありません

利用後は原状に戻します

不当な差別その他の人権侵害行為を行いません

不適切な使用による破損や事故があった場合は速やかに報告します

利用責任者

受付番号	受付日	予約確定日	センター長(※承認必要時)	当日担当者
			印	印

※利用終了後、受付にてご記入をお願いします。

利用時間	人数	鍵	電気	備考	職員確認
: ~ :					印