

情報支援機器貸出申請書

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

※利用登録番号を記入される場合は、住所の記入は不要です。

名前（団体名）	（担当者名）		登録番号		
住所・連絡先	〒 TEL : FAX :				
貸出・返却日時	貸出希望日 月 日（ ） 時頃		返却予定日 月 日（ ） 時頃		
使用目的 （事業名等）	（実施日）				
使用場所					
貸出機器		返却	貸出機器		返却
<input type="checkbox"/> ヒアリングループ	台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	台	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> プロジェクター	台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	台	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> スクリーン	台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	台	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OHC	台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	台	<input type="checkbox"/>
備考					

[受付番号]	[受付日] 年 月 日（ ）	[受付者] 印	[返却確認者] 印
--------	-------------------	------------	--------------

[利用上の注意]

1. 貸出機器の搬送・消耗品（乾電池など）の費用は、借受者の負担とします。
2. 第三者に譲渡、もしくは交換・転貸し、または担保に供することはできません。
3. 貸出機器は精密機器です。運搬・取扱いなど十分注意してください。故意または過失により滅失・破損した場合は、相当額を賠償していただく場合がございます。