

決 裁	施設長	係	受付

年 月 日

香川県聴覚障害者福祉センター施設長 殿

団 体 名
担当者氏名

電 話 番 号
F A X 番 号

研 修 室 使 用 申 請 書

下記のとおり申請いたします。

使 用 日	年 月 日 (曜日)
使 用 時 間	時 分 ~ 時 分
使 用 目 的	人数 約 人
使 用 機 材	<input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> OHP <input type="checkbox"/> 磁気テープ <input type="checkbox"/> マイク () 本 <input type="checkbox"/> その他 ()

*人数が20人未満の場合は、2分割使用になる場合があります。

研 修 室 使 用 許 可 書

年 月 日

様

下記のとおり使用を許可します。

使 用 日	年 月 日 (曜日)
使 用 時 間	時 分 ~ 時 分
使 用 目 的	

*人数が20人未満の場合は、2分割使用になる場合があります。
*使用後は、必ず清掃・整頓をしてください。

香川県聴覚障害者福祉センター
施設長 太田裕之
761-8074 高松市太田上町 405-1
TEL/FAX (087) 868-9200/868-9201