

利 用 者 登 録 申 請 書 (団体用)

施設利用

申請日 年 月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 様

岩手県立視聴覚障がい者情報センターの利用団体登録を申請します。

ふりがな			
団体名			
ふりがな		ふりがな	
代表者名等		担当者名	
連絡先	〒		
	住所		
	氏名		
	TEL ()	FAX ()	
	E メール		
団体区分 ○で囲んで下さい	障がい者団体 ボランティア団体 学校 その他 ()		
備 考			

岩手県立視聴覚障がい者情報センター 電 話 019-606-1743

FAX 019-606-1744

※ 様式は、必要に応じて適宜変更することができること。

(A4)