令和5年度
「岩手県立視聴覚障がい者情報センター点字・手話体験ミニスクール」申込書

令和　　年　　月　　日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長　様

所属機関

代表者名

以下のとおり申込みします。

学校名等 （正式名称記入）	学　校　名			
	連絡責任者			
機関・団体名 （正式名称記入）	機関・団体名			
	代 表 者 名			
住　　所	〒　　－			
電話・FAX	電話　　－　　－		ＦＡＸ　　－　　－	
Ｅメール				
見学・体験対象者 （学　校）	学　年	１クラスの生徒数	クラスの数	引率者
	（　　）学年	（　　）人	（　　）クラス	（　　）人
見学・体験対象者 （機関・団体）	（　　）人			
希　望　日　時	**※受入態勢の都合もあり、第１希望に対応できない場合もありますので、第３希望までご記入くださるようお願いします。** ○第１希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分 ○第２希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分 ○第３希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分			
スクール名	※　○で囲んでください。複数選択可能です。 **点字**　　**手話**			
見学・体験目的				
≪備考≫				

【申込先】 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
Ｅメール　iwatesan@aiina.jp
〒020-0045　盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号いわて県民情報交流センター内（アイーナ4階）