

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者登録を申請します。

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	〒		
TEL	()	FAX	()
Eメール			
団体区分	障がい者団体 ボランティア団体 学校 その他 ()		
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・タペストリー (要・不要) ・ふちたぺ (要・不要) ※要の場合 (郵送・メール) 		

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)