# 令和７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<br>（正式名称記入） | 学　校　名 | | | |
| | 連絡責任者 | | | |
| 機関・団体名<br>（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<br>（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<br>（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。<br>○第１希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分<br>○第２希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分<br>○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。<br>**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）