

熊本県聴覚障害者情報提供センター会議室等 使用申込書

使用日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分まで
使用団体名	(団体名) (代表者名)
使用室名	ふれあいシアター 研修会議室 そのほか ()
使用目的	
使用人数	人
使用機器	(テレビなど使用する機器がある場合は記入してください。)
空調使用	要 ・ 不要

上記の通り部屋を利用させていただきますようお願いします。

年 月 日

住所

.....

名前

.....

TEL

(印) FAX

.....

熊本県聴覚障害者情報提供センター 所長 様

〒861-8039 熊本市長嶺南 2-3-2 TEL 096-383-5595 FAX 096-385-7821

受付日	/	受付者名	
-----	---	------	--