

令和 年 月 日

施設見学申請書

下記の通り、施設見学を希望します。

No

団体名			
代表者名		担当者名	
住所	〒		
連絡先	FAX		TEL

日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時～
人数	聴覚障害者 名 健聴者 名
情報保障	不要 ・ 要 (手話通訳・ノートテイク・その他)
その他 ※見学の目的 ※希望施設	

令和 年 月 日

様

No. _____

いつもお世話になっております。

下記の通り、受付いたしました。

当日は が、ご案内いたします。

日時 令和 年 月 日 () 午前・午後 時～

人数 聴覚障害者 名 健聴者 名

情報保障 不要 ・ 要 (手話通訳・ノートテイク・その他)

その他

所長	総括 マネ	総務 課長	施設 主任	担当

お申し込み先 千葉聴覚障害者センター総務課 FAX : 043-308-5562