

# 奈良県聴覚障害者支援センター 見学申込書

年 月 日

奈良県聴覚障害者支援センター所長 様

下記のとおりセンター見学をしたいので申込みます。

申 込 者	団体又は個人名 : 代表者名 : 住 所 : 連 絡 先 : FAX (      ) - TEL (      ) -		
見 学 日 時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分		
見 学 人 数	名	見学責任者	
見 学 目 的			
交 通 手 段	<input type="checkbox"/> バス ( 人乗り ) <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用車		
情 報 保 障	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 ( もしくは筆談 )		
知 り たい こと	<input type="checkbox"/> 事業内容 <input type="checkbox"/> 手話通訳者派遣・養成 <input type="checkbox"/> 要約筆記者派遣・養成 <input type="checkbox"/> 盲ろう者向け通訳・介助員派遣・養成 <input type="checkbox"/> ライブラリー <input type="checkbox"/> 字幕製作 ※ 詳しくはHPをご覧ください。		

**<見学を希望される方へ>**

1. センター見学を希望される方は、あらかじめこの申込書を提出してください。
2. 見学日時や人数については希望に添えない場合がありますのでご了承ください。
3. 自家用車でお越しの場合、奈良県社会福祉総合センターの駐車場または、西隣の橿原市宮  
  敵傍御陵前駅東駐車場をご利用ください。
4. その他、ご不明な点はお問い合わせください。

申込み先は、**奈良県聴覚障害者支援センター FAX 0744-21-7888**

決  済	所 長	担 当 者