

川崎市聴覚障害者情報文化センター施設及び情報機器利用申請書 兼 承認証

平成 年 月 日

社会福祉法人 神奈川聴覚障害者総合福祉協会
川崎市聴覚障害者情報文化センター 施設長

申請者 住所 _____
 団体名 _____
 代表者名 _____
 担当者名 _____
 FAX _____
 電 話 _____

次のとおり利用を申請いたします。

利用日時 平成 年 月 日 (曜日) 午前/午後 時 分 ~ 午前/午後 時 分

利用施設 及び 情報機器	<input type="checkbox"/> 施設関係		
	<input type="checkbox"/> 研修室 ※① <input type="checkbox"/> スタジオ <input type="checkbox"/> ボランティアルーム <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> ロビー ※①利用予定人数が30名を超える場合は、研修室とスタジオ両方に☑を入れてください。		
	<input type="checkbox"/> 施設備品		
<input type="checkbox"/> 吊り下げプロジェクター <input type="checkbox"/> 室内ループ用マイク (ハンド型 台・ピン型 台) <input type="checkbox"/> TV・ビデオデッキ (固定式・移動式) <input type="checkbox"/> 演 台 <input type="checkbox"/> コピーボード/ホワイトボード <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
<input type="checkbox"/> 情報機器関係			
<input type="checkbox"/> スクリーン (小・大 _____ 本) <input type="checkbox"/> OHP (_____ 台) <input type="checkbox"/> OHP台 (_____ 台) <input type="checkbox"/> OHC (_____ 台) <input type="checkbox"/> OHP・OHC道具一式 <input type="checkbox"/> PC要約筆記周辺機器一式 ※液晶プロジェクターもセットになっています。 <input type="checkbox"/> 液晶プロジェクター単体 (_____ 台) <input type="checkbox"/> ビデオカメラ <input type="checkbox"/> 三 脚 <input type="checkbox"/> 携帯型磁気ループ式 (マイク込) (_____ 台) <input type="checkbox"/> 携帯型磁気ループスピーカー <input type="checkbox"/> CDラジカセ・ICレコーダー <input type="checkbox"/> 映像表示用ノートPC <input type="checkbox"/> VGA・HDMIケーブル (_____ M/ _____ 本) <input type="checkbox"/> 延長電源ケーブル (通常・ドラム) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

利用目的 及び 機器の 持出先		利用予定 人 数	人
	(機器の貸出予定日: 月 日 午前/午後 時 分頃)		
	(機器の返却予定日: 月 日 午前/午後 時 分頃)		

備 考 (センター記入欄)	受付番号

- 注意事項**
1. 準備、後片づけ等は、利用時間内に行ってください。
 2. 施設及び設備の利用方法については、職員の指示に従ってください。
 3. 記載事項の変更又は利用の取り消しをする場合は、事前に連絡してください。
 4. 施設及び設備を破損した場合は、速やかに職員まで報告してください。
 5. ご担当の方はご利用前に受付までお立ち寄り下さい。「部屋の利用結果報告書」をお渡しします。終了後は、「部屋の利用結果報告書」のご提出をお願いします。
 6. 情報機器返却時は現状復帰の上、過不足分が無いか確認した後にご返却下さい。
 7. 研修室の利用予定人数が30名以下の場合、スタジオを他団体に貸し出す事があります。

【注：太線のみご記入ください。】

※個人情報 は 厳重に 管理し、目的以外には使用しません。