群馬県聴覚障害者コミュニケーションプラザ

ボランティア室貸出承認申請書

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請団体名（申請者名）及び代表者名住所（所在地） | 団 体 名：　　代表者名：　所 在 地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請者（担当者） | 申請者氏名：FAX　　　　　TEL※問い合わせ等ありましたら こちらに連絡いたします。 |
| 貸出希望日時 | 平成　　　　　　年　　　　　　月　　　　日　（　　）　　　時　　　　～　　　　　　　　　時 |
| 人員 | 　　　　　　　　　　　　　名　　　（定員20名） |
| 使用目的 |  |
| 備考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 貸出の可否 | 可　　　　　　否　　　　　　　　　　　　　貸出担当者　　印 |

（注）太枠内は記入しないでください。

ボランティア室の利用について

問い合わせ先　 　　　 コミュニケーションプラザ　 FAX／027－255－6634　　電話／027－255－6633

土日夜間の当日キャンセルの連絡　　　県社会福祉総合センター　FAX／027－255－6001 　電話／027－255－6000

※駐車場が狭いためご不便をおかけします。平日の日中は構外「第2駐車場」指定です。

※部屋の利用をキャンセル（中止）する際は必ず連絡してください。