

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。