

所 長	職 員

見 学 申 込 書

令和 年 月 日

山口県聴覚障害者情報センター所長 殿

団体名

申請者

住所 〒

連絡先(TEL・FAX)

下記のとおり、見学を申し込みます。

見 学 希 望 日 時	令和 年 月 日() 時 分 ～ 時 分			
見 学 者 数	人 (内、聴覚障害者等 人)			
見 学 目 的				
見 学 の 際 に 希 望 す る 事 柄				
見 学 責 任 者	住 所			
	氏 名	印	電 話	
			F A X	
当センターを 知ったきっかけ	紹 介 ・ ホ ー ム ペ ー ジ ・ 新 聞 ・ そ の 他 ()			

見学の希望日は、都合によりご希望に対応できない場合があります。あらかじめご了承ください。
見学目的に合わせた見学の準備をいたしますので具体的にその目的をご記入ください。

予定表 記入済		月 日 受付 ㊟	対応者	
対応結果	配布物 ： パンフレット ・ センターだより ・ チラシ ・ 後援会申込書			