

グループ学習スペース 使用申込書

担当	受付

年 月 日	
社会福祉法人 名古屋市身体障害者福祉連合会 名身連聴覚言語障害者情報文化センター 宛	
使用日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 ・ 夜間 (: ~ :)
使用目的 及び内容	予定 人員 名
使 用 責 任 者	※代表者と同じ場合は記載不要
借用器具	・ プロジェクター ・ スクリーン ・ ホワイトボード ・ DVDデッキ ・ その他 () ※該当するものに○をつけてください
記	
規約を遵守します。 規約に違反した場合は、使用の中止を命ぜられても異議はありません。 又、会場使用にあたって生じた損害又は建物・器物等 (借用器具を含む) を破損した場合は、全額負担します。	
上記誓約します。	
申込人	住所 _____ 団体名 _____ 代表者名 _____
	F A X - 電 話 -

※優先お申込みの受付、締め切りは使用する月の前月の1日（1日が水曜・休館日の場合は、翌日）となります。他の団体と使用日時が重なった場合は、抽選となります。抽選の場合、聴言センターまでお越しいただくことになりますので、よろしくお願いたします。