

施設・情報機器借用申込書（点字図書館関係）

年 月 日

堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センター所長 様

氏名(団体名) _____

住 所 _____

連絡先 _____ (TEL・FAX)

下記のとおり、利用申請します。

〔研修室・会議室〕

利用日時	午前・午後 月 日 時 ~ 午前・午後 時
利用目的	

〔情報機器〕

貸 出 機 器	機器 *○をつけてください	受取印	機器 *○をつけてください	受取印
	デジ再生器()		補助具()	
	拡大用読書機器()		書籍()	
	ブレイルメモ		ノートパソコン()番	
	点字タイプライター()台		サウンドインターフェイス	
	点字器 ()台		マイク ()本	
	点訳絵本 ()本		その他 ()	
	触る絵本 ()冊			
	貸出予定日 月 日 時頃			返却予定日 月 日 時頃

※ 機器等を紛失、破損等した時は、必ずセンターに申し出、その指示に従ってください。

※ 紛失、破損が使用者に帰すべき理由によるものである時は、使用者に負担を求めることがあります。

※ 申込書に記載された個人情報は厳重に管理し、目的以外には使用しません。

受付番号	受付日 年 月 日()	受付者		返却処理
------	-----------------	-----	--	------