

(様式第1号)

申込先：鳥取県西部聴覚障がい者センター
(FAX:0859-30-3660/TEL:0859-30-3659)

「遠隔手話サービス用タブレット」借用申込書

年 月 日

申 込 者	お名前	
	ご住所	
	FAX/TEL	
利用希望 日 時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
利用場所		
利用内容	手続き ・ 相談 ・ その他 ()	

※ 太線の中を記入してください。

「遠隔手話サービス用タブレット」借用申込書受理通知書	
上記申込書を受理しました。 当日、センターへお越しください。	受領印

- 1、新型コロナウイルス感染症拡大時のみ利用できます。
- 2、申込みは、タブレット利用希望日の5日前までに提出してください。
- 3、貸出中のため、対応できない場合もあります。
- 4、貸出期間は、原則として最長一日間までです。
- 5、利用目的終了後は、速やかにセンターへ返却してください。
- 6、利用者の重大な過失により紛失・故障等が生じた場合、費用をご負担頂くことがあります。

※各センター記入

所長

--