令和8年度
「岩手県立視聴覚障がい者情報センター点字・手話体験ミニスクール」申込書

令和　　年　　月　　日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長　様

所属機関

代表者名

以下のとおり申込みします。

<table>
<tr><td rowspan="2">学校名等
（正式名称記入）</td><td colspan="4">学　校　名</td></tr>
<tr><td colspan="4">連絡責任者</td></tr>
<tr><td rowspan="2">機関・団体名
（正式名称記入）</td><td colspan="4">機関・団体名</td></tr>
<tr><td colspan="4">代 表 者 名</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>電話・FAX</td><td colspan="2">電話　　－　　－</td><td colspan="2">ＦＡＸ　　－　　－</td></tr>
<tr><td>Ｅメール</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">見学・体験対象者
（学　校）</td><td>学　年</td><td>１クラスの生徒数</td><td>クラスの数</td><td>引率者</td></tr>
<tr><td>（　　）学年</td><td>（　　）人</td><td>（　　）クラス</td><td>（　　）人</td></tr>
<tr><td>見学・体験対象者
（機関・団体）</td><td colspan="4">（　　）人</td></tr>
<tr><td>希 望 日 時</td><td colspan="4">※受入態勢の都合もあり、第１希望に対応できない場合もありますので、第３希望までご記入くださるようお願いします。
○第１希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分
○第２希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分
○第３希望⇒令和　　年　　月　　日（　　曜日）⇒　　時　　分～　　時　　分</td></tr>
<tr><td>スクール名</td><td colspan="4">※　○で囲んでください。複数選択可能です。
点字　　**手話**</td></tr>
<tr><td>見学・体験目的</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">≪備考≫</td></tr>
</table>

【申込先】岩手県立視聴覚障がい者情報センター
電話　019-606-1743　　FAX　019-606-1744　　Ｅメール　iwatesan@aiina.jp
〒020-0045　盛岡市盛岡駅西通1丁目7番１号　いわて県民情報交流センター
キオクシア　アイーナ4階