

機器借用申込書

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会 地域福祉統括事業部 意思疎通支援部 派遣事業課
 〒604-8437 京都市中京区西ノ京東中合町2

※太枠内の項目をご記入ください

* 実施番号

【使用日】				年	月	日 ()
【内容】						
【使用場所】						
借受日時	月 日 ()			返却日時	月 日 ()	
	午前・午後	時	分頃		午前・午後	時

* 担当者記入欄 1階・2階

1階・2階

* 依頼者記入欄の有無に○をつけていただき
 必要数をご記入ください。

		依頼者記入欄		担当者記入欄				
		借用希望の有無	必要数	貸出番号	確認	派遣	補助	1階受付
パソコン OHC 共通機器	プロジェクター(VGA2m・5m含む)	有 無	()台	1 2 3 4				
	プロジェクター台	有 無	()台	1 2				
	スクリーン	有 無	()台	1 2 3				
	VGA15m	有 無	()本					
	HDMI	有 無	()本					
パソコン	表示用(入力用とは別に必要です)	有 無	()台	1 2 3 4 5				
OHC (手書き)	OHC(VGA2m含む)	有 無	()台	1 2 3 4				
	OHC用ロール	有 無	()本					
	OHC用マジックペン	有 無	()本					
ヒアリング グループ	ヒアリンググループ	有 無	()台	1 2				
	拡声器	有 無	()台	1 2				

札番号

貸出数

* 費用負担できる場合は、以下の金額となります。

プロジェクター:3,000円/台 PC:300円/台(派遣人数+表示用パソコン)
 OHC用ロール:620円/本(目安は1本/1時間) OHC用マジックペン:120円/本

その他(連絡事項・希望等あればご記入ください)

- * 機器の運搬は申込者をお願いしています。ご協力をよろしくお願いします。
- * 機器類の扱いは丁寧をお願いします。万が一、紛失、破損した場合は費用を請求する場合があります。
- * ご不明な点などがございましたら、お気軽に派遣担当までお問い合わせください。

◆団体・企業名	担当者
◆連絡先 TEL:	FAX:

FAX:075-841-8312 TEL:075-841-8337(平日9:00~17:00)