様式第１号（第６条関係）

情報支援機器貸出申請書

　高知県聴覚障害者情報センター所長　様

　情報支援機器貸出規程の内容を理解し、同意した上で貸出の申請をします。

申請日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ※団体名もご記入ください | | 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 〒　　　－  TEL　　　（　　　）　　　　　　　　FAX　　　（　　　） | | | |
| 使用日 | 年　　　月　　　日（　　）　～　　　　　　年　　　月　　　日（　　） | | | |
| 使用目的 |  | | | |
| 使用場所 |  | | | |
| 貸出機器  ※必要な機器に☑してください。 | ヒアリングループ | **（１）小型ヒアリングループシステム一式**  □アンプ　□ワイヤレスマイク　□有線マイク　□ヒアリングループ用アンテナ  **（２）携帯型ヒアリングループシステム一式**  □アンプ　□ワイヤレスチューナーユニット　□ワイヤレスマイク　□有線マイク　□ドラム式ループアンテナ　□10ｗアンプ付きスピーカー  **（３）ヒアリングループ専用受信機**  □１台　□２台　□３台 | | |
| ロジャー | □**（１）タッチスクリーンマイク**  □**（２）デジマスター５０００Ｖ２**  □**（３）高さ調整可能三脚** | | |
| 貸出日 | 年　　月　　日（　　） | | 返却予定日 | 年　　月　　日（　　） |
| 備考 |  | | | |

次の点にご注意ください。

１　機器は丁寧に取り扱ってください。

２　貸出期間を厳守し、使用後は機器の確認を行い、速やかに返却してください。

３　上記目的以外には使用せず、また、第三者に譲渡もしくは転貸しないでください。

４　機器を破損・紛失した場合は、速やかに当センターへ報告してください。

|  |
| --- |
| 〒７８０－０９２８  高知県高知市越前町２丁目４－５  　高知県聴覚障害者情報センター  TEL　０８８－８２３－５９２２  FAX　０８８－８２２－０７５０ |

５　規程に違反した場合は、貸出期間終了前でも返却を求めることがあります。

６　故意または過失により機器を破損・紛失させた場合は、損害を賠償していただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　長 | 受　付 | 貸　出 | 返　却 |
|  |  |  |  |