（第１号様式）

奈良県ヒアリングループ借用申請書

令和　　　年　　　月　　　日

奈良県福祉医療部障害福祉課長　宛

住所

氏名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

奈良県ヒアリングループ機器貸出規程第５条の規定により、以下のとおりヒアリングループの借用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  借用者氏名・団体名 |  |
| 住所／事業所所在地 |  |
| 借用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 使用場所 |  |
| 使用目的 |  |

なお、借用にあたっては、以下の事項を遵守します。

□ヒアリングループを常に良好な状態で保管するとともに、ヒアリングループの特性に配慮した管理に努めること。

□ヒアリングループを転貸し、譲渡し、又は担保に供しないこと。

□ヒアリングループを貸出しの目的以外の用途に使用しないこと。

□ヒアリングループを滅失またはき損しないよう使用すること。

□ヒアリングループを貸出期間満了の日までに障害福祉課長が指定する場所に返納すること。

□その他障害福祉課長が定める事項。

＜提出先＞

奈良県福祉医療部障害福祉課

　 　　　 　　 　〒630－8501　奈良市登大路町３０番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：０７４２－２７－８５１４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０７４２－２２－１８１４