

所長	職員

機器使用報告書

令和 年 月 日

山口県聴覚障害者情報センター所長 殿

使用団体名

使用責任者

報告者氏名

次のとおり機器を使用したのので、報告します。

使用年月日	令和 年 月 日()	
使用場所		
責任者連絡先	住所 〒	
	電話	FAX
	メール	

機器	状態	機器	状態
パソコン一式(館内のみ)	良・否	ヒアリングループ一式	良・否
携帯型プロジェクター	良・否	デジタルHDビデオカメラレコーダー (microSDカードは、別途ご準備ください)	良・否
疑似体験セット	良・否	三脚	良・否
OHC	良・否	DVDプレーヤー(館内のみ)	良・否
スクリーン(三脚式・モバイル式)	良・否	BDプレーヤー(館内のみ)	良・否
その他 ()			

(不具合がある場合)

機材名	
不具合箇所	
内容	
対応状況	要修理 ・ ()
備考	