

決 裁 年 月 日						受 付
町 長	助 役	課 長	補 佐	係 長	係	係

## 保健福祉センター使用許可申請書

平成 年 月 日

住田町長 多 田 欣 一 殿

住 所  
氏 名  
電 話 (            )  
印

次のとおり、使用許可を得たいので申請します。

1 使用目的							
2 参加範囲 及び人員							
3 使用日時	自	年	月	日	午前・午後	時	分から
	至	年	月	日	午前・午後	時	分まで
	(会議等開催時刻				午前・午後	時	分)
4 使用室名 及び備品 等	1 機能訓練室(1F)				4 栄養室(2F)		
	2 研修室(2F)				5 学習室(2F)		
	3 ボランティア室(2F)				6 その他備品等		
5 そ の 他							

6 使用料金	積 算		料 金	
	機能訓練室	栄養室	円	
研修室	学習室	調停年月日	検	
ボランティア室	備品等	.	.	

(注) 印の欄は、記入しないこと。

## 保健福祉センター使用許可書

第 号  
平成 年 月 日

様

住田町長 多 田 欣 一 印

上記のとおり保健福祉センター使用を許可する。