

別記様式第1号(第4条関係)

受付 番号		取扱者	
----------	--	-----	--

大泉町保健福祉総合センター使用許可申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者(使用責任者)

住所

氏名

電話番号

申請に来られた方の 氏名及び電話番号	氏 名	
	電話番号	

次のとおり使用したいので申請します。

使用日時	年 月 日( 曜日)午 前 時 分～午 前 時 分 後 後
使用目的	
使用施設等	<input type="checkbox"/> 健康増進ルーム( ) <input type="checkbox"/> 栄養実習室( ) <input type="checkbox"/> 子育てルーム( ) <input type="checkbox"/> 妊婦学習室( ) <input type="checkbox"/> メンタルヘルスルーム( ) <input type="checkbox"/> 研修室 A( ) <input type="checkbox"/> 研修室 B( ) <input type="checkbox"/> 研修室 C( ) <input type="checkbox"/> 研修室 1( ) <input type="checkbox"/> 研修室 2( )
団体名等	予定人員 人
備考	

※以下は記入しないでください。

使用料	円	減 免 割 合	納 付 額
			円