別記様式第3号(第7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変更(取消し)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 | 　 |

　次のとおり変更(取消し)をしたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号 | 第　　　　　　　号 |
| 許可年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変更内容 | 変更前 | 　 |
| 変更後 | 　 |
| 取消し内容 | 　 |
| 備考 | 　 |

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用料明細 | 既納使用料 | 変更(取消し)後の使用料 | 差引使用料 |
| 円 | 円 | 円 |

※使用許可書及び領収書を添付してください。