会 場 使 用 申 込 書

静岡県身体障害者福祉センター所長　様

申込年月日　　平成　　年　　月　　日
申込者氏名　　㊞

下記の通り会場使用を承認願います。

記

<table>
<tr><td>使用日時</td><td colspan="3">平成　　年
月　　日　（　　曜日）</td><td colspan="3">時　　分　から
時　　分　まで</td></tr>
<tr><td>使用目的</td><td colspan="3"></td><td>使用人数</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td>団体名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>（略　称）</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">責任者名
連絡場所</td><td>住 所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏 名</td><td rowspan="2"></td><td>電話</td><td colspan="2">－　　－</td></tr>
<tr><td>FAX</td><td colspan="2">－　　－</td></tr>
<tr><td></td><td>体育館</td><td></td><td>音楽室</td><td colspan="3">備　　考</td></tr>
<tr><td></td><td>集会室</td><td></td><td>調理訓練室</td><td colspan="3" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td>機能回復訓練室</td><td></td><td>小会議室</td></tr>
<tr><td></td><td>生活訓練室</td><td></td><td>視覚障害者卓球室</td></tr>
<tr><td colspan="2">※予定表
記入済</td><td></td><td colspan="2">※　　月　　日　　受付</td><td>※扱者</td><td></td></tr>
</table>

※印欄は記入不要

使用の中止・変更の場合は、速やかに御連絡ください。　電話　054-252-7829
会場使用中に誤って備品を破損してしまった時は、速やかにお知らせください。