

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 令和 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

使用日時	令和 年 月 日 (曜日)	時 分 から	時 分 まで		
使用目的		使用人数		人	
団体名 (略 称)					
責任者名 連絡場所	住 所				
	氏 名	電 話	-	-	
		FAX	-	-	
	体育館		音楽室	備 考	
	集会室		調理訓練室		
	機能回復訓練室		小会議室		
	生活訓練室		視覚障害者卓球室		
※予定表 記入済		※ 月 日 受付	※扱者		

※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。