

## 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ご連絡ください。** 電話 054-252-7829 FAX054-255-2011  
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。