

住所：熊本市中央区大江5丁目1-15

TEL：096-371-5533 FAX：096-364-5309

熊本市社会福祉事業団 理事長様

次のとおり、熊本市障害者福祉センター希望荘を使用したいので申請します。

なお、使用に際しましては、熊本市障害者福祉センター希望荘条例を遵守します。

希望の部屋、備品については、○を付けてください。

申請日	年 月 日					
申請者名	連絡先	TEL				
		FAX				
		メールアドレス				
団体名						
住所	熊本市 区					
代表者名	連絡先	TEL				
		FAX				
		メールアドレス				
使用目的			使用人数 名			
使用日時	年 月 日 () 曜日					
	時 分 ~ 時 分					
使用施設	2階	<input type="radio"/> 大ホール	<input type="radio"/> 会議室A (18席)	<input type="radio"/> 料理 実習室	<input type="radio"/> 和室研修室A (畳+フロア18席)	<input type="radio"/> 音楽室
	3階	<input type="radio"/> 会議室B (39席)	<input type="radio"/> 和室研修室B (畳)	<input type="radio"/> プレイルーム (27席)		
使用備品	<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> スクリーン	<input type="checkbox"/> CD・カセットプレーヤー			

※破損した場合は、同等品の提供をお願いします。

太枠内は、記入しないでください。

館長	副館長	係

受付年月日	年 月 日
申請番号	第 号
許可年月日	年 月 日
許可番号	第 号