

別記様式第1号(2条関係)

大平健康福祉センター利用許可申請書

年 月 日

(あて先) 指定管理者 いすゞビルメンテナンス株式会社

住 所

申請者 氏 名

(団体名)

次のとおり利用許可を申請します。 電話番号

利用目的							
利用日時	年	月	日	午前・午後	時	分から	
	年	月	日	午前・午後	時	分まで	
利用責任者	年	月	日	午前・午後	時	分から	
	年	月	日	午前・午後	時	分まで	
利用責任者	住 所 氏 名 電話番号						
利用予定人数	男 人 / 女 人 計 人						
利用施設	<input type="checkbox"/> 大会議室 <input type="checkbox"/> 多目的ホール <input type="checkbox"/> 小会議室 <input type="checkbox"/> 研修室 <input type="checkbox"/> 調理実習室 <input type="checkbox"/> 母子指導室 <input type="checkbox"/> その他 ()						
使用付属機器等及び数量	・テーブル 脚/椅子 脚/音響機器/プロジェクター ・その他 ()						

別記様式第2号(2条関係)

大平健康福祉センター利用許可書

年 月 日

上記申請のとおり使用を許可します。

指定管理者 いすゞビルメンテナンス株式会社

担当者

印

利用者の皆さんへ 栃木市大平健康福祉センターは、それぞれの目的で気軽にご利用になれますが、利用の際は、次の事を必ずお守り下さい。 1 利用時間を厳守しましょう 2 利用後は必ず部屋の掃除をして下さい 3 使用器具・備品等は点検後、元の位置へ戻しましょう 4 お帰りの際は、火気・ガスの元栓・電気・冷暖房等を確認しましょう	使 用 料	<input type="checkbox"/> 有 料	支払い	領収印
		円 ※延長時は加算	<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 振込	
		<input type="checkbox"/> 免 除	不許可理由	