

香川県社会福祉総合センター利用料金減免申請書

平成 年 月 日

公益財団法人 かがわ健康福祉機構
理事長 川田 浩司 殿

(申請後に、名称は変更できません。)

申請者 住 所 〒

氏 名

(団体にあっては、その名称及び代表者の氏名)

電話番号 () -

香川県社会福祉総合センターの利用料金の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

利 用 施 設 (部屋ごと)					
利 用 日 時	年 月 日 ()	時から	時まで		
	年 月 日 ()	時から	時まで		
	年 月 日 ()	時から	時まで		
利 用 内 容	行事等の名称 (30文字以内)				
	行事等の内容				
	利用予定人数 (部屋ごと)				
	入場料等の徴収 (該当するものに○)	有 ・ 無			
	館内の案内表示 (該当するものに○)	要 ・ 否			
冷暖房の使用 (該当するものに○)	有 (冷房・暖房) ・ 無				
電気特別使用 (該当するものに○)	有 ・ 無	(電気器具の種別及び定格消費電力)			
附属設備及び 器具の使用 (該当するものに○)	有 ・ 無				
利 用 責 任 者	所属	役職	氏名		
	連絡先 ()	-	内線	担当	
備 考		準 備	時 分	から	
		開 場	時 分		
		開 演	時 分		
		終 演	時 分		
		終 了	時 分		

お願い 香川県社会福祉総合センター利用許可申請書を受理した時点で正式な予約となりますので、できるだけ変更・キャンセルはご遠慮ください。