

理事長	事務局長	職員	受付

日向市障がい者センター使用許可申請書

平成 年 月 日

日向市障害者団体連絡協議会 理事長 様

申 込 者	住所			
	氏名	印	電話	
	団体名			

使用日時	平成 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分 (時間 分)	
使用目的		予定人数	合計 名
			うち障がい者 名
責任者	住所 氏名	電話	
使用する部屋(無料)		使用する時間帯	使用料
○印をしてください	機能訓練室	<input type="checkbox"/> 09:00~12:00(午前) <input type="checkbox"/> 12:00~13:00(午後)	_____
	録音室兼相談室	<input type="checkbox"/> 13:00~17:00(午後) <input type="checkbox"/> 17:00~18:00(午後)	_____
	相談室兼静養室	<input type="checkbox"/> 18:00~22:00(夜間) <input type="checkbox"/> 09:00~17:00(午前・午後)	_____
	談話室	<input type="checkbox"/> 13:00~22:00(午後・夜間) <input type="checkbox"/> 9:00~22:00(終日)	_____
冷暖房	<input type="checkbox"/> 冷房 <input type="checkbox"/> 暖房 <input type="checkbox"/> 使用しない	_____	
その他	<input type="checkbox"/> マイク・スピーカー <input type="checkbox"/> パワーポイント	_____	
		使用料合計	※ 円

(注)※欄は記入しないでください。

※「日向市障がい者センター条例施行規則」の規定を遵守します。

※日向市障害者団体連絡協議会で使用することになった場合は、速やかに変更に応じます。