

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
責任者	住所 氏名	電話	
使用する部屋(有料)		使用する時間帯	使用料
○ 印 を し て く だ さ い	交流室	<input type="checkbox"/> 09:00～12:00(午前) <input type="checkbox"/> 13:00～17:00(午後)	※
	会議室(1)	<input type="checkbox"/> 09:00～17:00(午前・午後) <input type="checkbox"/> 18:00～22:00(夜間)	※
	会議室(2)	<input type="checkbox"/> 13:00～22:00(午後・夜間)	※
		<input type="checkbox"/> 09:00～22:00(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。