

| | | | |
|-----|------|----|----|
| 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

令和 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 | 電話 | |
| | 団体名 | | |

| | | | | | | |
|----------|----------------------------------|---|----------|-----------|--|---------------|
| 使用日時 | 令和 年 月 日 () | 時 分～ 時 分 (時間 分) | | | | |
| 使用目的 | | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">予定 人数</td> <td style="text-align: center;">合計 名</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">うち障がい者 名</td> </tr> </table> | 予定 人数 | 合計 名 | | うち障がい者 名 |
| 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 | | | _____ |

※「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。