

※太枠内にご記入ください

年 月 日

(あて先) 社会福祉法人  
 浜松市社会福祉協議会グループ  
 代表者 山口 智之

〒

所在地

申請者

団体名

代表者名

電話番号

FAX番号

浜松市福祉交流センター（会議室等）利用許可申請書

次のとおり福祉交流センターを利用したいので申請します。

		担当者氏名	
まつぼっくりカード番号		電話番号	
利用の日時 (準備及び片付け等に要する全ての時間が含まれます)	年 月 日 (曜日)	時 分～	時 分
	日 (曜日)	時 分～	時 分
	日 (曜日)	時 分～	時 分
	日 (曜日)	時 分～	時 分
	日 (曜日)	時 分～	時 分
利用施設 (○をつけて下さい)	大会議室・21. 22. 31. 32. 33. 41. 43 会議室・第1. 2. 3. 4 講習室 第1. 2. 3 練習室・大広間(和室. 洋室)・料理教室・交歓の広場		
行事の名称			
行事の内容		予定人員	人
入場料等の徴収	無	有 円 (※利用料2倍)	利用備付物品 コメント ( ) 口
商品の展示、宣伝又は販売	無	有 (※利用料2倍)	持込器具等
回議 起案 年 月 日 決裁 年 月 日	区分	領収額	領収年月日
管理室長 係 立案者	会議室等 利用料		
	備付物品 利用料		
取扱区分	福祉関係団体・その他	請求書	必要・不要
		月 日	請求書送付済

※太枠内にご記入ください

◎記入例

平成30年 7月 1日

(あて先) 社会福祉法人  
浜松市社会福祉協議会グループ  
代表者 山口 智之

〒432-8035

所在地 浜松市中区成子町140-8

申請者

団体名 浜松市福祉交流センター  
代表者名 福祉太郎  
電話番号 053-452-3131  
FAX番号 053-452-3133

まつぼっくりカードを  
お持ちの方はカード番  
号をご記入下さい

浜松市福祉交流センター（会議室等）利用許可申請書

次のとおり福祉交流センターを利用したいので申請します。

担当者氏名	福祉花子
電話番号	452-3131

まつぼっくりカード番号 0000-0000

利用の日時 (準備及び片付け等に要する全ての時間が含まれます)	平成 30年 8月 13日 ( 月曜日) 9時00分~17時00分 日 ( 曜日) 時 分~ 時 分 日 ( 曜日) 時 分~ 時 分 日 ( 曜日) 時 分~ 時 分 日 ( 曜日) 時 分~ 時 分
------------------------------------	---

利用施設 (○をつけて下さい)	大会議室・21. 22. 31. 32. 33. 41. 43 会議室・第1. 2. 3. 4 講習室 第1. 2. 3 練習室・大広間 (和室. 洋室)・料理教室・交歓の広場
--------------------	---

行事の名称	福祉交流センター連絡会 (当日、部屋の前とエレベーター前の案内板に記入します)
-------	---

行事の内容	会議	予定人員	100 人
-------	----	------	-------

入場料等の徴収	無 (有 円 (※利用料2倍))	利用備付物品	スクリーン コンセント ( 2 ) 口
---------	------------------	--------	------------------------

商品の展示、宣伝又は販売	無 (有 (※利用料2倍))	持込器具等	パソコン、プロジェクター
--------------	----------------	-------	--------------

回議	区分	領収額	領収年月日	摘要
起案 年 月 日	会議室等 利用料			
決裁 年 月 日				
管理室長	係	立案者		
どちらかに○			備付物品 利用料	必要な場合は ○
取扱区分	福祉関係団体・その他	請求書	必要・不要	月 日 請求書送付済