

※太枠内にご記入ください

申請番号：

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

浜松市福祉交流センター（ホール）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。

		責任者氏名	
まつぼっくりカード番号		電話番号	
利用の日時	A 9時00分～12時00分 リハ 年 月 日 (曜日) P 13時00分～16時30分 本番 N 17時30分～21時30分 継続 ※利用時間には準備及び片付け等に要する全ての時間が含まれます。		
行事の名称			
行事の内容	開 場 時 分・開 演 時 分 終 演 時 分		
入場予定人員	人	入場者区分	一般・関係者・会員・招待
入場料等の徴収	無 ・ 有 円	商品の展示、宣伝又は販売	無 ・ 有
情報公開	・催し物案内への掲載 □可・□不可 ・連絡先TEL 担当者 ()		
備考			

回 議			区 分	金 額	領収年月日	記 帳	摘 要
起 案	年 月 日	立案者	ホール 利用料	予納金			
決 裁	年 月 日			前納金			
管理室長	係			計			
		技術担当者	備付物品利用料				
			ホール延長利用料				
			冷暖房利用料				
			取 扱 区 分	福祉関係団体	その他		