

※太枠内にご記入ください

福祉交流センターFAX番号:053-452-3133

令和 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

電話番号

まつぼっくりカード番号

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)

令和 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

区分

領収額

領収年月日

摘要

起案 令和 年 月 日  
 決裁 令和 年 月 日

会議室等  
 利用料

室長 係 立案者

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