

※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（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

電話番号

まつぼっくりカード番号

利用の日時

令和 年 月 日 (曜日) A 9時00分～12時00分 リハ
 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	令和 年 月 日	立案者	ホール 利用料	予納金			
決裁	令和 年 月 日			前納金			
室長	係			計			
			備付物品利用料				
			ホール延長利用料				
		舞台担当者	冷暖房利用料				
			取扱区分	福祉関係団体			その他