|  |
| --- |
| 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住所（所在地） 団 体 名氏名（代表者） 電話番号 ＦＡＸ番号浜松市福祉交流センター利用料後納願浜松市福祉交流センターの利用料につきまして、下記により利用後に納付する ことをお認め下さい。記 |
| 利用の日時 | 令和 | 年 | 月 | 日（ | ） | 時 分～ | 時 | 分 |
| 利 用 施 設 |  |
| 利 用 内 容 |  |
| 利 | 用 | 料 |  |
| 後納の理由 |  |  |  |  |  | 納付予定 | 月 | 日 |

上記のことについて、次のとおり決定してよろしいか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審 査 意 | 見 |  |
| 回 議 |  |  |  |  |  |  | 室長 | 係 | 立案者 |
| 起 案 | 令和 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |
| 決 裁 | 令和 | 年 | 月 | 日 |