

施設利用許可申請書

令和 年 月 日

秋田県心身障害者コロニー 管理者 様

申請者(代表者)

住 所

氏 名

印

下記のとおり施設を利用したいので許可願います。

利用希望施設	体育館 ・ グラウンド (その他)		
	※希望施設を○で囲んでください。		
団体名(個人名)			
責任者氏名		電話番号	
	※日中、確認の電話をすることがあります。		
使用期日 および時間	月 日 () 午前 ・ 午後 時 分から 午前 ・ 午後 時 分まで		
使用目的	のため		
利用人数	男 名	女 名	合計 名
使用器具等	品 名		
	数 量		

受付日	平成 年 月 日	受付:	印
-----	----------	-----	---

受付時間: AM 9:00 ~ PM 5:00 まで(土、日、祝日を除く)

※ 太枠内を記載のうえ、提出してください。FAXでの申請も可能ですが、送信後に電話で確認すること。FAXのみでは受付できませんので、予めご了承ください。

※ 営利目的での使用は出来ません。

※ 白黒印刷で構いません。

TEL: 0184-33-2255

FAX: 0184-33-2044