

申請日 平成 年 月 日

## 使用許可申請書

石川県聴覚障害者センター施設長 様				
申請者				
住所				
名称及び 代表者名				
			印	
当日責任者名				
連絡先				
FAX ( )		-	TEL ( ) -	
使用日	平成 年 月 日 ( 曜日)			
使用時間	時 分 ~ 時 分			
使用場所	多目的ルーム ( ) ボランティア交流室 ( ) いずれかに○をつけて申し込み下さい。			
使用目的	会議名		主要出席者	
使用人数	名			
利用上の注意	閉館日	毎週日曜日・祝日・年末年始		
	利用時間	閉館日	利用できません	
		平日	9:00~21:00	
		土	9:00~17:00	
	その他	・利用については会議室の管理規定に従って下さい。 ・やむを得ない理由などから利用時間外の使用を希望する場合は、事前の申出により施設長の承認を受けて下さい。 ・キャンセルの時はセンターまでFAXにてご連絡下さい。 ・当センターに駐車場はありません。 ・社会福社会館の駐車場は利用できませんので、車でのご来館はご遠慮下さい。また、その旨を関係者、参加者の方々にお伝え下さい。		
		施設長承認欄		
		年 月 日		