

受付番号：

社会医療法人社団愛有会

多目的ホール利用申請書

申請者	団体名	
	代表者氏名	
	代表者住所	
	電話番号	

利用日	西暦 年 月 日 ()	
利用時間	<input type="checkbox"/> ① 9:30~13:00	
	<input type="checkbox"/> ② 13:00~17:00	
	<input type="checkbox"/> ③ 17:00~20:00	
	<input type="checkbox"/> その他 : ~ :	※法人が承認した場合
利用目的	利用人数 () 名	
飲食利用	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し	
備考		予約受付者

申請者確認	ご署名（記載者氏名） _____
-------	---------------------

-----【法人記入欄】-----

利用施設 確認	室内清掃	室内破損	設備・備品の破損
		有・無	有・無

許可事項	当日受付者印

※初めて利用される方は、活動内容が分かる資料を添付してください。後日、承認の可否のご連絡を致します。