

別記様式第4号（第4条関係）

長沼町総合保健福祉センター使用料減免許可（不許可）通知書

				許可第	号
				年	月
				日	
申請者 住 所 _____ 氏名(団体名) _____ 様 (代表者氏名) _____ 様 連絡先 電話番号 () _____ - _____					
次のとおり長沼町総合保健福祉センターの使用料の減免を許可（不許可）いたします。					
長沼町長 印					
使用目的				使用予定人員	人
				使用料等の徴収	有・無
使用責任者	電話 () _____ - _____			冷房使用	有・無
使用備品	机 脚・椅子 脚・その他 () _____				
減免承認申請の理由					
使用室名	使用日	時	分	使用料	割増使用料
	月	日	()	円	円
三世代交流室	月	日	()	円	円
研修室 A	月	日	()	円	円
研修室 B	月	日	()	円	円
調理実習室	月	日	()	円	円
	月	日	()	円	円
	月	日	()	円	円
小 計				円	円
合 計				円	
減 免 額				円	
減 免 後 使 用 料				円	
				年	月
				日	
上記のとおり領収いたしました。					
長沼町現金取扱員 印					