

長沼町総合保健福祉センター使用許可書

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 () _____ - _____					
長沼町総合保健福祉センターの使用について、次のとおり許可します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 長沼町長 印 </div>					
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 () _____ - _____			営利目的	有・無
使用備品	机 脚・椅子 脚・			冷房使用	有・無
使用室名	使 用 日 時	使用料	割増使用料	冷暖房料	
三世代交流室	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
研修室 A	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
研修室 B	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
調理実習室	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
	月 日 () 時 分 ~ 時 分	円	円	円	
小 計		円	円	円	
合 計		円			
年 月 日					
上記のとおり領収いたしました。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 長沼町現金取扱員 印 </div>					