

施設使用許可願い

平成 年 月 日

下記の通り、大分県作業療法協会ビルを利用したくお願いします。

(申請者)

住 所 _____
 団 体 名 _____
 代表氏名 _____
 連 絡 先 _____ () _____

使用目的 (主な内容)	
使用予定人員	人
使用施設	使 用 日 時
1 階	年 月 日 時 分 ～ 時 分まで
2 階	年 月 日 時 分 ～ 時 分まで
3 階	年 月 日 時 分 ～ 時 分まで
責任者	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電話番号 _____
施錠管理者	
使用備品	

- ※団体にあたっては、団体名・所在地・代表者の住所・氏名を記入のこと
- ※責任者が申請者と同じ場合は、□に印を行う
- ※貸付希望備品については別紙に記載する

会長 印	事務局 長 印
---------	------------