

(様式1)

係	係長	課長補佐	課長

築上町長 新川 久三 殿

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

団 体 名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

( Tel : \_\_\_\_\_ )

築上町保健センター (チアフルつき) 使用許可申請書

下記のとおり、築上町保健センター (チアフルつき) 使用許可をお願いします。

日時	年 月 日 ( 曜日 )		使用人数		人
	時 分 ~	時 分	※40名以上となる場合は、スリッパをご準備ください。		
使用目的					
使用する室 (V印を記入して下さい)	使用する時間	単価	使用料	備考	
多目的ホール	~				
プレイルーム	~				
調理実習室	~				
試食室	~				
相談室	~				
ガス使用料	~	1,050			
冷暖房使用料	~	1,050			
合計					

使用料	免除	有料
-----	----	----

台帳	
----	--

.....  
築上町保健センター使用許可書

年 月 日

上記の通り、築上町保健センターの使用を許可します。

築上町長 新川 久三