

住所：熊本市中央区大江5丁目1-15

TEL：096-371-5533 FAX：096-364-5309

熊本市社会福祉事業団 理事長様

次のとおり、熊本市障害者福祉センター希望荘を使用したいので申請します。  
 なお、使用に際しましては、熊本市障害者福祉センター希望荘条例を遵守します。

希望の部屋、備品については、○を付けてください。

申請日	年 月 日		
申請者名	連絡先	TEL	
		FAX	
住所		熊本市 区	
団体名			
代表者名	連絡先	TEL	
		FAX	
使用目的	使用人数 名		
使用日時	年 月 日 ( ) 曜日		
	時 分 ~ 時 分		
使用施設	2階	<input type="checkbox"/> 大ホール	<input type="checkbox"/> 会議室A (18席)
	3階	<input type="checkbox"/> 会議室B (39席)	<input type="checkbox"/> 和室研修室A (畳+フロア18席)
使用備品	<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> 料理実習室	<input type="checkbox"/> 音楽室
	<input type="checkbox"/> スクリーン	<input type="checkbox"/> 和室研修室B (畳)	<input type="checkbox"/> プレイルーム (27席)
	<input type="checkbox"/> CD・カセットプレーヤー		

※破損した場合は、同等品の提供をお願いします。

太枠内は、記入しないでください。

館長	副館長	係

受付年月日	年 月 日
申請番号	第 号
許可年月日	年 月 日
許可番号	第 号