

受付	担当	係長	課長	館長	決裁年月日	令和 年 月 日

筑紫野市総合保健福祉センター使用許可申請書

令和 年 月 日

（あて先）筑紫野市長

団体・事業所名等

所在地

代表者

電話番号（ — — ）

次のとおり、総合保健福祉センター「カミーリヤ」の施設を使用したいので許可されるよう申請します。

使用目的	
使用者の構成 （概略）	
使用箇所 （部屋名等） ※○をつけて下さい	①多目的ホール ②視聴覚室1（映像無） ③視聴覚室2（映像有） ④研修室 ⑤介護研修室 ⑥学習室（1） ⑦栄養・健康指導室 ⑧調理実習室 ⑨和室1（小） ⑩和室2（大） ⑪娯楽室 ⑫静養室 ⑬相談室福祉 ⑭多目的コート1・多目的コート2 ⑮イベント広場駐車場 ⑯ふれあい広場
使用日時 （時間）	令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
参加人員	（大人）男 名 ・ 女 名 （小人）男 名 ・ 女 名
冷暖房の有無 ※○をつけて下さい	有（ : ～ : ） ・ 無
使用希望備品 及び持ち込み 用具等	
料金徴収	令和 年 月 日 円入金 徴収者（ ）