

※太枠中をもれなくご記入下さい

--

千葉県福祉ふれあいプラザ 利用変更申請書

千葉県福祉ふれあいプラザ統括責任者 あて

申請日	平成	年	月	日
登録番号				

登録団体名				
申請者名 <small>(代表者又は連絡者)</small>	電話番号 () -	申請内容担当 者が別の場合	担当者名:	
			電話番号:	
受付方法	<input type="checkbox"/> 受付 (1階) <input type="checkbox"/> 事務室 (6階) <input type="checkbox"/> FAX			

次のとおり利用内容の変更を申請いたします。

許可されている利用内容				
利用日時	<input type="checkbox"/> 単日	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
	<input type="checkbox"/> 連続	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 月 日 () 時 分		
利用目的	<input type="checkbox"/> 文化利用	<input type="checkbox"/> スポーツ利用	<input type="checkbox"/> 全面 <input type="checkbox"/> 半面	<input type="checkbox"/> ギャラリー <input type="checkbox"/> 介護実習センター

変更内容				
種類	<input type="checkbox"/> キャンセル	<input type="checkbox"/> 時間変更(単日毎)	<input type="checkbox"/> 控室	<input type="checkbox"/> 入場料金
内容				

■ 虚偽の内容を登録した場合、登録が抹消され、当施設の使用ができなくなります。

処理欄	入力	抽選	HP			受付番号
	処理印	統括責任者	責任者	受付者	受付日印	利用料金の確認
						<input type="checkbox"/> 納入済み (返金不可) <input type="checkbox"/> 未納