

※太枠中をもれなくご記入下さい

	枚 中	枚 目
--	--------	--------

## 千葉県福祉ふれあいプラザ【介護実習センター】利用許可申請書

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				

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:	

次のとおり利用を申請いたします。

					午前	午後	夜間	利用可否	
					9 ~ 12	13 ~ 17	18 ~ 21		
利用申請日時	単日利用	第1希望	平成	年	月	日 ( )			
		第2希望	平成	年	月	日 ( )			
	連続利用	第1希望	平成	年	月	日 ( ) から			
			平成	年	月	日 ( ) まで			
		第2希望	平成	年	月	日 ( ) から			
			平成	年	月	日 ( ) まで			
利用目的					講義形式		実習・実技		
内容					ホール控室				
参加者費用	なし・あり	円	3000円以上 3000円未満	利用予定数	人				
利用施設	7階	研修室	定員70名（講義形式最大60名・机60名分/イス60脚）						
		介護実習室	定員40名（講義形式最大30名・机30名分/イス30脚）						
	6階	講師控室	定員8名（机8名分/イス8脚）						
	1階	工作室	定員12名（工作台2台/作業イス12脚）						
備考	共催・後援・委託先など：								
申請内容公開	希望する (希望がない場合は非公開)								

※利用許可書・請求書は団体登録の連絡者に送付されます。

※1ヶ月の最大利用日数は1団体6日まで、連続利用は3日までです。

※申請書は6枚まで提出できます。複数枚になるときは右上の（ 枚中 枚目）欄に枚数を記入してください。

※各室間の机・イス・設備・備品等の移動は当センターでの管理上の移動以外、原則禁止します。

※ここで得た個人情報につきましては適切に管理し、当施設利用管理以外での使用は致しません。

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	