年　　　月　　　日

彦　根　市　長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
|  | (団体名) |  |
|  | 氏名(代表者名) |  |
|  | 連 絡 先 |  |
|  | Ｆ Ａ Ｘ |  |

彦根市障害者福祉センター特別使用許可申請書

下記のとおり使用したいので、許可されるよう申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用する日 | 年　　　月　　　日（　　） |
| 使用する時間 | **□**　午前(　　　時　　分～　　　時　　分) | ※使用時間には、準備・後片付けの時間を含めて書いてください。 |
| **□**　午後(　　　時　　分～　　　時　　分) |
| **□**　夜間(　　　時　　分～　　　時　　分) |
| 使用する目的 |  |
| 使用する部屋 | **□** 多目的室(**□** 小会議室)　　**□** リハビリ室　　**□** 会議室　　**□** 和室**□** パソコン室　**□** 相談室(３・４) |
| 使用予定人数 | 　　　　　　　人　(駐車場の利用予定台数：　　　　台) |
| 使用する備品 | **□** マイク　**□** ホワイトボード　**□** マット　**□** 卓球台　**□** ボッチャ用具**□** その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 使用する時の責　任　者 | 　氏　名(　　　　　　　　　　　　　　　　**□**　申請者と同じ)　連絡先(　　　　　　　　　　　　　　　　**□**　申請者と同じ) |
| 備　　考 |  |

※ 会議使用時は、会議名を記した案内看板を設置してください。

※ 土曜日・日曜日・祝日および夜間の利用時には、事前に「カギ」を借りてください(平日8:30～17:00　0749-26-1767)。機械警備となっています。