

様式第1号(第2条関係)

小川保健相談センター利用申請書

社会福祉法人 小美玉市社会福祉協議会

小川保健相談センター長 様

(申請日 年 月 日)

申請者	団体名			
	代表者住所			
	代表者氏名		電話番号	
	申請者氏名		電話番号	
利用年月日	年 月 日() ~ 年 月 日() 日間			
利用目的		入場予定者数	名	

利用区分	9:00~12:00	13:00~17:00	9:00~17:00	備考
研修室				
保健指導室				
栄養指導室				
母子指導室				
機能回復訓練室				
使用料金				
減免申請	申請理由			

本申請について、下記のとおりとしてよろしいかお伺いいたします。				担当者	
年 月 日					
<input type="checkbox"/> 許可	<input type="checkbox"/> 不許可	特記事項			
減免処遇	<input type="checkbox"/> 減免しない	<input type="checkbox"/> 全額免除	<input type="checkbox"/> 5割減額	<input type="checkbox"/> 2割減額	
使用料金					
決裁欄	事務局長	事務局次長	センター長	総務グループ長	係