

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 |
| | | | | | |

