

保健センター使用許可申請書

平成 年 月××日

十和田市長 様

団体名 とわだ健康センター

代表者名 十和田 太郎

申請者名 十和田 太郎

住所 十和田市西十二番町6番1号

電話 0176-23-5111

次のとおり保健センターを使用したいので申請します。

使用目的	健康相談会会場として		使用人員	20 人
使用日時	年 月 日 午前××時××分～ 午後××時××分		年 月 日 午前××時××分 午後××時××分	
使用場所	十和田市保健センター	大ホール 会議室(1) 会議室(2) 研修室(1) 研修室(2) 機能訓練室 栄養指導室		
	十和田湖保健センター	中会議室 機能訓練回復室 調理実習室 大広間(1) 大広間(2) 相談室		
使用物品	・テーブル 5 脚 ・椅子 30 脚 ・その他()			
その他				

様 式 名	保健センター使用許可申請書
記 入 要 領	(1) 申請月日を記入してください。 (2) 団体名・代表者名・申請者名・住所・電話番号を記入してください。 (3) 使用目的を記入してください。 (4) 使用人員を記入してください。 (5) 使用日時を記入してください。 (6) 使用したい施設、場所を丸で囲んでください。 (7) テーブル、椅子等を使用したい場合は記入してください。 (8) その他要望等がありましたら、記入してください。
請 求 可 能 な 人	本 人
手 数 料	無 料
備 考	申請書を提出する前に施設の空き状況を電話等で確認してください。

問合せ先

担 当 課	十和田市保健センター (健康福祉部 健康推進課)	
担 当 係	(健康管理係)	
電 話 番 号	0176-25-1181	(0176-23-5111)
内 線 番 号	(2 8 2 , 2 8 3)	