|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 大洲市総合福祉センター利用許可申請書 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 　指定管理者 | （社福）　大洲市社会福祉協議会 会長　様 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 | 住　　所 |  |  |
| 団 体 名 |  |  |
| 代表者名 |  |  |  |
|  | 電話番号 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 大洲市総合福祉センターの利用について、次のとおり申請します。 |
| 利用日時（曜日） | 　　　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　　　　時　　分から　　　時　　分まで |
| 利用会場 | 　1階　[ ] 　会議室　2階　[ ] 　研室修　　　[ ] 　調理実習室　　[ ] 　栄養指導室　3階　[ ] 　教養娯楽室　[ ] 　集会室　　4階　[ ] 　小会議室　　[ ] 　多目的ホール　 |
| 利用目的 |  |
| 利用人員 | 　　　　　　人 | 入場料徴収の有無 | [ ] あり　・[ ] 　なし |
| 空調使用希望 | 　[ ] 使用予定　・　[ ] 使用しない　・　[ ] 未定　**※概ね5月～10月は、冷房設定。11月～翌年4月は、暖房設定。** |
| 支払希望方法 | 　[ ] 　事前精算（現金・平日のみ）　[ ] 　事後精算（現金・平日のみ）　[ ] 　請求書・後日振込 |
| 借用希望備品 | 　[ ] 　1階会議室用ワイヤレスマイク（　本・最大2本）　[ ] 　4階多目的ホール用ワイヤレスマイク（　本・最大4本）　[ ] 　PA（ポータブルアンプ）パック（セパレートタイプ1台・ワイヤレスマイク最大2本）　[ ] 　音響設備用ヘッドセット（　個・最大2個）　[ ] 　立上げ式スクリーン（80インチ）　1個　[ ] 　コードリール（延長コード）　（　個・最大3個）　**※　先に利用希望があった場合には、お貸しできない場合がありますので予めご了承ください。** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 事務局次長 | 部長 | 課長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |