|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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　　応接室  　2階　　福祉団体室　　ボランティアルーム | | | | | | |
| 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。** | | | | | | |
| 借用希望備品 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |