|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　　長 | 管理部長 | 管理課長 | 係 |
|  |  |  |  |

様式１（その３）

三重県身体障害者総合福祉センター 研修施設 利用申込書

貴センター内の研修施設を利用したいので申し込みます。

なお、当方の過失で貴施設に損害を与えた場合は、責任を持って当方で補填することをお約束します。

令和　　年　　月　　日

申込団体名

担当者氏名

責任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

責任者住所

責任者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望月日 | 令和　　年　　月　　日　（　） |
| 利用時間 | 時　　分　　～　　時　　分 |
| 利用室名 |  |
| 利用人数 | 人 |
| 会議名 |  |
| 利用希望器具 | １．マイク  ２．スクリーン |