

		※受付年月日番号		※	
石川県社会福祉会館使用許可申請書 令和 年 月 日 石川県石川中央保健福祉センター 殿 福祉相談部長  住 所 申請者 名称及び代表者の氏名  (電話 )  次のとおり許可されるよう申請します。					
使用目的					
使用日時		年 月 日(曜日)から		第1日	時から 時まで
		年 月 日(曜日)まで		第2日	時から 時まで
				第3日	時から 時まで
使用する 会館の施設  (該当するものを ○で囲んでくだ さい。)		本館	会議室(E F H) 大ホール		
		別館	和室(1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12) 研修室(1 2 3) 実習室(園芸 陶芸)		
入室予定人員					
使用責任者の 職・氏名					
その他参考 となる事項					
喫煙について		健康増進法の一部改正により会館の敷地内が全面禁煙となっている旨、 会議参加者に周知をし、遵守させることに同意します。			
※許可・不許可 区分		許 可 ・ 不 許 可		※通知	年 月 日

備考 1 ※印の欄は、記入しないでください。

2 「その他参考となる事項」欄には、会館の施設を使用する場合の事業計画の内容等を記入し、関係資料を添付してください。