

別記様式第2号

		※受付年月日番号	
石川県社会福祉会館使用変更許可申請書 平成 年 月 日			
石川県石川中央保健福祉センター 福祉相談部長		殿	
申請者	住 所		
	名称及び代表者の氏名	印	
(電話)			
平成 年 月 日付第 号で許可のあつた社会福祉会館の使用について、 次のとおり変更したいので、許可して下さいよう申請します。			
変更の内容	変更前		変更後
変更の理由			
※許可・不許可区分	※通知		平成 年 月 日
許 可 ・ 不 許 可			

備考 ※印の欄は、記入しないでください。