

様式 第1号

佐賀県在宅生活サポートセンター 使用申込書

平成 年 月 日

作業療法・介護福祉佐賀県在宅サポートセンター共同事業体
一般社団法人 佐賀県作業療法士会 代表理事 倉富 眞 様

申込者 住 所
氏 名
電話番号

施設の使用について、以下のとおり申請します。

なお、使用に際しては、センターの諸規程を守るとともに、これらに基づく係員の指示に従います。なお、使用にあたっては関係条例及び規則に従い、申込者が暴力団員であるか否かを確認するため、佐賀県警察本部に照会がなされることに同意します。

使用団体名 及び フリガナ 責任者氏名 生年月日		使用 人数	人
使用日時	平成 年 月 日 () 平成 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで	
使用施設の 種類	研修室		
使用目的 (行事の 名称等)			
冷暖房	・冷暖房の使用 (有 ・ 無)		

佐賀県在宅生活サポートセンターの利用料金に関する規程第5条の該当の有無

(1)に該当 (2)に該当 (3)に該当 (4)に該当 非該当

この様式に記載された個人情報、施設使用許可に係る事務処理のためにのみ使用し、法令等に定めがある場合等を除き、申請者の承諾なしに第三者に提供することはありません。