

世田谷区立保健医療福祉総合プラザ 会議室等使用申請書

申込日 令和 年 月 日

団体番号

-

団体名

申込者

令和 年 月分

連絡先 TEL. FAX.

※事前に会議室等の空き状況をご確認のうえ、お申込みください。

使用希望日①	月	会議室	<input type="checkbox"/> 会議室1-1 <input type="checkbox"/> 会議室1-2 <input type="checkbox"/> 会議室2				
		研修室	<input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 実習室 <input type="checkbox"/> 調理実習室				
	日	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/> 12:30 ~ 14:30	<input type="checkbox"/> 15:00 ~ 17:00	<input type="checkbox"/> 17:30 ~ 19:30	<input type="checkbox"/> 20:00 ~ 22:00
	曜日	使用目的			使用予定人数	名	

使用希望日②	月	会議室	<input type="checkbox"/> 会議室1-1 <input type="checkbox"/> 会議室1-2 <input type="checkbox"/> 会議室2				
		研修室	<input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 実習室 <input type="checkbox"/> 調理実習室				
	日	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/> 12:30 ~ 14:30	<input type="checkbox"/> 15:00 ~ 17:00	<input type="checkbox"/> 17:30 ~ 19:30	<input type="checkbox"/> 20:00 ~ 22:00
	曜日	使用目的			使用予定人数	名	

使用希望日③	月	会議室	<input type="checkbox"/> 会議室1-1 <input type="checkbox"/> 会議室1-2 <input type="checkbox"/> 会議室2				
		研修室	<input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 実習室 <input type="checkbox"/> 調理実習室				
	日	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/> 12:30 ~ 14:30	<input type="checkbox"/> 15:00 ~ 17:00	<input type="checkbox"/> 17:30 ~ 19:30	<input type="checkbox"/> 20:00 ~ 22:00
	曜日	使用目的			使用予定人数	名	

使用希望日④	月	会議室	<input type="checkbox"/> 会議室1-1 <input type="checkbox"/> 会議室1-2 <input type="checkbox"/> 会議室2				
		研修室	<input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 実習室 <input type="checkbox"/> 調理実習室				
	日	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/> 12:30 ~ 14:30	<input type="checkbox"/> 15:00 ~ 17:00	<input type="checkbox"/> 17:30 ~ 19:30	<input type="checkbox"/> 20:00 ~ 22:00
	曜日	使用目的			使用予定人数	名	

使用希望日⑤	月	会議室	<input type="checkbox"/> 会議室1-1 <input type="checkbox"/> 会議室1-2 <input type="checkbox"/> 会議室2				
		研修室	<input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> 実習室 <input type="checkbox"/> 調理実習室				
	日	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00 ~ 12:00	<input type="checkbox"/> 12:30 ~ 14:30	<input type="checkbox"/> 15:00 ~ 17:00	<input type="checkbox"/> 17:30 ~ 19:30	<input type="checkbox"/> 20:00 ~ 22:00
	曜日	使用目的			使用予定人数	名	

備考 (貸出備品等)	
---------------	--

※貸出備品等は数に限りがあり、貸出しできない場合があります。

指定管理者 記入欄	受付日	年	月	日	担当者
	連絡日	年	月	日	担当者

指定管理者:シダックス大新東ヒューマンサービス(株)

※災害時に医療救護本部が設置されるときや感染症の発生等により施設利用を制限する必要があるときなどの非常時には、施設の予約・使用承認を取り消す場合がありますので予めご了承ください。

(この場合、お支払い済みの使用料は還付します。)

(令和2年12月改訂)