

世田谷区立保健センター
運動指導室使用申請書

		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	利用時間	☐ 9:00 ~ 12:00	☐ 12:30 ~ 14:30	☐ 15:00 ~ 17:00	☐ 17:30 ~ 19:30	☐ 20:00 ~ 22:00	
	日	使用目的					使用予定人数	名
	曜日	備考						
使用 希望 日 ②	月	利用時間	☐ 9:00 ~ 12:00	☐ 12:30 ~ 14:30	☐ 15:00 ~ 17:00	☐ 17:30 ~ 19:30	☐ 20:00 ~ 22:00	
	日	使用目的					使用予定人数	名
	曜日	備考						
使用 希望 日 ③	月	利用時間	☐ 9:00 ~ 12:00	☐ 12:30 ~ 14:30	☐ 15:00 ~ 17:00	☐ 17:30 ~ 19:30	☐ 20:00 ~ 22:00	
	日	使用目的					使用予定人数	名
	曜日	備考						
使用 希望 日 ④	月	利用時間	☐ 9:00 ~ 12:00	☐ 12:30 ~ 14:30	☐ 15:00 ~ 17:00	☐ 17:30 ~ 19:30	☐ 20:00 ~ 22:00	
	日	使用目的					使用予定人数	名
	曜日	備考						
使用 希望 日 ⑤	月	利用時間	☐ 9:00 ~ 12:00	☐ 12:30 ~ 14:30	☐ 15:00 ~ 17:00	☐ 17:30 ~ 19:30	☐ 20:00 ~ 22:00	
	日	使用目的					使用予定人数	名
	曜日	備考						
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。

受託者 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：公益財団法人世田谷区保健センター
受託者：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7年4月)