

申し込まれる日付を記

令和年 月 日

広島県健康福祉センター指定管理者  
公益財団法人広島県地域保健医療推進機構 様

団体名で記載される場合は正式名称を記入(個人に請求する場合は個人名を)

住所(法人又は団体の場合は主な事務所の所在地)  
〒734-0007 広島県広島市南区皆実町一丁目6-29

氏名(法人又は団体の場合は名称及び代表者の氏名)

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構 会長 松浦雄一郎

申込担当者氏名 電話番号

総務課 健福花子 (082) 254-7111

FAX番号  
(082) 254-1168

請求書の宛名と郵送(またはFAX)する場所・相手が違う場合はこの欄外

例)「請求書の送り先」  
〒734-0000  
広島市〇区〇〇町×-△号

利用月日	利用する施設							
		大研修室	中研修室	小研修室	総合研修室	中会議室	小会議室	栄養実習室
〇月×日	利用時間	8:30~17:20		8:30~17:20		8:30~17:20		
	利用人数	250人	人	18人	人	90人	人	人
月 日	利用時間							
	利用人数	人	人	人	人	人	人	人
月 日	利用時間							
	利用人数	人	人	人	人	人	人	人
月 日	利用時間							
	利用人数	人	人					
利用目的	セミナー							
エントランスホール 案内表示名(時間)	健康診断の大切さ(11:30~14:30)							

案内表示名について  
・利用者に表示する指定の時間があれば記入

- (注) 1 「利用する施設」欄は、該当する箇所に利用時間と利用人数を記入すること。  
2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

FAX送信先: 082-254-1168