

広島県健康福祉センター利用申込書

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

住所（法人又は団体の場合は主な事務所の所在地）

〒

氏名（法人又は団体の場合は名称及び代表者の氏名）

申込担当者氏名 電話番号
 () -

FAX番号
 () -

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
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	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	人	人	人	人	人
利用目的								
エントランスホール 案内表示名(時間)		(: ~ :)						

- (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