

備品申込書

年 月 日

FAX 送信先 : 082-254-1168

広島県健康福祉センター指定管理者 宛

団体名: _____

担当者: _____

担当者: _____

利用する年月日を記入し、利用する会場・時間に✓してください。

利用日: _____ 年 月 日 ()

会場: 801 大研修室 802 中研修室
701 小研修室 702 小会議室 703 中会議室
301 栄養実習室 210 総合研修室

時間: 午前 午後 終日

使用する備品に✓してください。※各種設備・備品についてはお客様ご自身でのセッティングをお願いします。

	プロジェクター (ディスプレイケーブル)
	延長コード
	LAN ケーブル
	レーザーポインタ
	ピンマイク
	パソコン用スピーカー(小研修室・小会議室用)

ご不明な点がございましたら電話にてお問い合わせください。

Tel : 080-1644-5508

広島県健康福祉センター指定管理者使用欄

貸出時 サイン	貸出日/確認者	返却日/確認者
	/	/