

## 広島県健康福祉センター利用キャンセル申請書

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会長 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

(        )        -

下記の予約内容について、キャンセルをお願いします。

利用月日	利 用 す る 施 設							
		大研修室 801	中研修室 802	小研修室 701	総合研修室 210	中会議室 703	小会議室 702	栄養実習室 301
月 日	利用時間							
月 日	利用時間							
月 日	利用時間							
月 日	利用時間							
月 日	利用時間							

キャンセル理由を下記に記入

FAX送信先 : 082-254-1168