

広島県健康福祉センター利用料金返還申請書

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

年 月 日
(提出年月日)

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)

電話番号

許可年月日	年 月 日 (振込入金日)						
キャンセル 連絡年月日	年 月 日						
利用月日	返還を受けようとする施設						
	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							
月 日							
月 日							
月 日							
月 日							
返還を受けよう とする理由							

【返還料金振込先】 ※以下必ずご記入ください。

金融機関名							
支店名							
口座番号	普通	当座	(いずれかに○)	番号:			
フリガナ							
口座名義							

(注)1「返還を受けようとする施設」欄は、該当の箇所に利用時間(終日・午前・午後)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。