

広島県健康福祉センター利用申込書

FAX送信先： 082-254-1168

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 (曜日)	利 用 す る 施 設							
		大研修室 801	中研修室 802	小研修室 701(和洋室)	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							
	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								
<u>エントランスホール</u> <u>案内表示名(時間)</u>	(: ~ :)							
主 催 者 名	※上記氏名と違う表示をご希望の場合は記入ください							

(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。