

## 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

(     )     -

\* 初めてご利用の方、メールアドレスのご連絡がまだの方は     ⇒  
 ご記入下さい。ご記入のメールアドレス宛に請求書等を送付いたします。

\* メールアドレス

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