

広島県健康福祉センター利用申込書

申込書ご提出日

令和年 月 日

広島県健康福祉センター指定管理者

公益財団法人 構様

団体名で記載される場合は正式名称を記入(個人に請求する場合は個人名を記入)

住所(法人又は団体の場合は主な事務所の所在地)

〒734-0007 広島県広島市南区皆実町一丁目6-29

氏名(法人又は団体の場合は名称及び代表者の氏名)

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構 会長 松浦雄一郎

申込担当者氏名 電話番号

総務課 健福花子 (082) 254-7111

FAX番号

(082) 254-1168

*メールアドレス

0000@hiroshima-hm.or.jp

請求書は原則メールで発行いたします(2023.8月ご利用分~)。メール発行ご対応不可、かつ、請求書の送り先が右記の住所と違う場合は空いているスペースにご記入ください。

例「請求書の送り先」
〒734-0000
広島市〇区〇〇町×-△号
健福 花子 宛

利用月日	利 用 す る 施 設							
		大研修室	中研修室	小研修室	総合研修室	中会議室	小会議室	栄養実習室
〇月×日	利用時間	8:30~17:20		08:00~12:00		13:00~17:20		
	利用人数	250人	人	18人	人	90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					
利用目的	セミナー							
エントランスホール 案内表示名(時間)	大研修室	健康診断の大切さ			(08:30~17:20)			
	小研修室	健康診断の大切さ			(08:00~12:00)			
	中会議室	健康診断の大切さ			(13:00~17:20)			
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							

案内表示名について
・利用者に表示する指定の時間があれば記入(1階エントランスの電光掲示板にて表示)

- (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。

FAX送信先: 082-254-1168