様式第1号(第2条関係)

保健福祉センター利用(変更)許可申請書

年　　月　　日

　愛南町長　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
|  | (法人又は団体の場合は、主たる事務所の所在地、商号又は名称、代表者名及び連絡先) |

　愛南町保健福祉センター条例第8条第1項の規定により、次のとおり利用(変更)の許可を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 責任者氏名 |  | | 連絡先  電話番号 |  |
| 利用施設名 |  | | 利用附属設備名 |  |
| 利用年月日 | 年　　月　　日(　)　　時　　分から  　　　　年　　月　　日(　)　　時　　分まで | | | |
| 利用目的 |  | | | |
| 予定人員 | 大人　　　　人  小人　　　　人  計　　　　人 | | | |
| 備考 |  | | | |
| 処理欄 | 許可番号 |  | | |
| 許可日 | 年　　　月　　　日 | | |