

様式第 1 号 (第 3 条関係)

事 務 局 長	事 務 局 次 長	部 長	課 長	係 長	担 当

大洲市総合福祉センター利用許可申請書	
年 月 日	
指定管理者	(社福) 大洲市社会福祉協議会 会長 様
申請者	住 所 団 体 名 代表者名 電話番号
大洲市総合福祉センターの利用について、次のとおり申請します。	
利用予約日時 (曜日) *1時間単位の申請	年 月 日 (曜日) 時 分から 時 分まで (うち、催事等の開催時間 時 分～ 時 分まで)
利用会場	1階 <input type="checkbox"/> 会議室 2階 <input type="checkbox"/> 研修室 <input type="checkbox"/> 調理実習室 <input type="checkbox"/> 栄養指導室 3階 <input type="checkbox"/> 教養娯楽室 <input type="checkbox"/> 集会室 4階 <input type="checkbox"/> 小会議室 <input type="checkbox"/> 多目的ホール
利用目的	
利用人員	人 入場料徴収の有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
空調使用希望	<input type="checkbox"/> 使用予定 ・ <input type="checkbox"/> 使用しない ・ <input type="checkbox"/> 未定 ※概ね5月～10月は、冷房設定。11月～翌年4月は、暖房設定。
支払希望方法	<input type="checkbox"/> 事前精算 (現金・平日のみ) <input type="checkbox"/> 事後精算 (現金・平日のみ) <input type="checkbox"/> 請求書・後日振込
借用希望備品	<input type="checkbox"/> 1階会議室用ワイヤレスマイク (本・最大2本) <input type="checkbox"/> 4階多目的ホール用ワイヤレスマイク (本・最大4本) <input type="checkbox"/> PA (ポータブルアンプ) パック (セパレートタイプ1台・ワイヤレスマイク最大2本) <input type="checkbox"/> 音響設備用ヘッドセット (個・最大2個) <input type="checkbox"/> 立上げ式スクリーン (80インチ) 1個 <input type="checkbox"/> コードリール (延長コード) (個・最大3個) ※ 先に利用希望があった場合には、お貸しできない場合がありますので予めご了承ください。