

受付

受取者名	受付事務処理者印
	受付事務処理 ホワイト ボード処理

川崎市中心部身体障害者福祉会館使用申込書

令和 年 月 日

公益財団法人川崎市身体障害者協会 理事長 様

申請者 住所  
氏名  
TEL/FAX

団体 名称		責任者 氏名	
----------	--	-----------	--

使用 目的	
----------	--

使用年月日 及び 時間帯	令和 年 月 日 ( 曜日)
	<input type="checkbox"/> 午前 時 分 ~ 時 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ~ 時 分 <input type="checkbox"/> 夜間 時 分 ~ 時 分

使用 室名	<input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> 視聴覚室 <input type="checkbox"/> 日常生活訓練室 <input type="checkbox"/> リハビリ室 <input type="checkbox"/> 交流室	使用 人数	人
----------	--	----------	---

利 用 報 告	当日利用 責任者		入室 時間	:	退室 時間	:
	利用 人数	午前	人	午後	人	夜間

備 考	
-----	--

- 注) 1 休館日は、国民の休日及び年末年始となります。  
 2 開館時間は、平日及び土曜は、午前9時～午後8時30分、  
 日曜日は、午前9時～午後4時30分です。  
 3 使用した部屋の掃除は、使用した団体で行って下さい。  
 4 準備及び片付けは、使用時間内をお願いします。