

「千葉県社会福祉センター」

施設利用申込書兼承認書

千葉県社会福祉センター管理規則第4条の規定に基づき、下記のとおり申込みします。

千葉県社会福祉センター センター長

指定管理者：アクティオ株式会社

※太枠内のご記入をお願いいたします。

申請日 令和 年 月 日

利用申請者	団体名				代表者名		
	電話番号				メール		
	担当者名				連絡先(携帯)		
	住所	〒					
	利用目的	<input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他( )			利用人数	人	
利用日時	(注1) 準備を含めた時間を記入してください。(注2) 複数日の場合は別紙としてください。 令和 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前 (9:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後① (13:00~17:00) <input type="checkbox"/> 午後② (18:00~21:00)						
利用施設	<input type="checkbox"/> 研修室 A	<input type="checkbox"/> 研修室 B	<input type="checkbox"/> 研修室 C	<input type="checkbox"/> 研修室 D	<input type="checkbox"/> 大会議室		
	<input type="checkbox"/> 中会議室 1	<input type="checkbox"/> 中会議室 2	<input type="checkbox"/> 小会議室 1	<input type="checkbox"/> 小会議室 2	<input type="checkbox"/> 女子更衣室		
	<input type="checkbox"/> 講師控室 1	<input type="checkbox"/> 講師控室 2	<input type="checkbox"/> 講師控室 3	<input type="checkbox"/> 講師控室 4	<input type="checkbox"/> 男子更衣室		
備品等利用	<input type="checkbox"/> 講演台 _____ 台		<input type="checkbox"/> 再生機器 _____ 台		<input type="checkbox"/> 持込機器 (照明機器)  (1kw 当たり 150 円) _____ kw		
	<input type="checkbox"/> ワイヤレスハンドマイク _____ 本		<input type="checkbox"/> ワイヤレスピンマイク _____ 本				
	<input type="checkbox"/> 卓上型マイクスタンド _____ 台		<input type="checkbox"/> 床上型マイクスタンド _____ 台				
	<input type="checkbox"/> 液晶プロジェクターA _____ 台		<input type="checkbox"/> 液晶プロジェクターB _____ 台				
	<input type="checkbox"/> 移動型プロジェクターA _____ 台		<input type="checkbox"/> 移動型プロジェクターB _____ 台				
案内板表示	<input type="checkbox"/> 要 (表示名: _____) <input type="checkbox"/> 不要						
	<input type="checkbox"/> 利用時間に同じ <input type="checkbox"/> 表示時間帯 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分						
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口現金払い <input type="checkbox"/> 銀行振込 (支払予定日 / ) (注3) 銀行振込の場合、振込手数料はご負担ください。						
県の委託・補助事業 該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記に該当事業を記載してください) <input type="checkbox"/> 無 事業名: _____ 担当課: <input type="checkbox"/> 健康福祉政策課 <input type="checkbox"/> 健康福祉指導課 <input type="checkbox"/> 児童家庭課 <input type="checkbox"/> 子育て支援課 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉課 <input type="checkbox"/> 障害者福祉推進課 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業課 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
管理者 記入欄	承認年月日		受付者	使用料合計		承認番号	
	令和 年 月 日			円			

【備考】

- 1 利用の際は、この施設利用申込承認書を提示してください。
- 2 利用を取り消し、又は変更しようとするときは、直ちに指定管理者に届け出てください。
- 3 使用料は、申込み時にお支払いください。既納の使用料は還付いたしません。