

介護予防拠点施設・下石川ふれあいセンター

使用申込書兼利用日誌

申込年月日	平成 年 月 日	申込者住所 氏名 電話	017 — ( )
使用目的			
使用日時	平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで 平成 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで		
使用団体			
使用責任者	住所 氏名 電話 017 — ( )		
参集人員			
使用室名	全館・多目的ホール(1)・多目的ホール(2)・調理室 介護室		
使用物品			
備考			

上記使用について許可する。

指定管理者  
下石川町内会

係印