

施設使用申請／許可書 ※NO

令和 年 月 日				
札幌医療リハビリ専門学校長 殿				
申請者 住 所 〒				
氏 名 ㊟				
勤務先：				
連絡先電話番号：				
Email:				
※本申請に関して調整可能な方を申請者として下さい。				
使用団体名 責任者氏名			使 用 人 員	
使用目的				
使用日時	令和 年 月 日(曜) 時 分～ 月 日(曜) 時 分			
使用教室	普通教室 (F 室) ・ 実習室 ・ その他 ()			
実施内容 の 概 要	準備： 開場： 閉会： 片づけ： ※内容の分かる実施要項がありましたら添付願います。			
附属設備 使用の有無	有 無	使用希望附属設 備の名称、数量		
上記のとおり、貴学校の施設等を使用したく申請します。使用にあたっては 貴学項の定める規定及び許可条件を遵守することを誓約します。				
※ 殿				
上記のとおり、下記条件により使用を許可します。				
使用の条件				
使 用 料	施 設 使 用 料	冷 暖 房 使 用 料	消 費 税	合 計
	円	円	円	円
令和 年 月 日				
札幌医療リハビリ専門学校 ㊟				

※印の箇所についてはこちらで記入致します。