

決 裁	課長	主幹	係長	係

(第4条関係)

### 横手保健センター使用許可申請書 (減免申請書)

令和 年 月 日

横手市長 様

住 所

団 体 名

代表者氏名 (印)

電 話 番 号 ( )

下記のように使用したいので申請します。

(太枠内をご記入ください)

使用日時	令和 年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分	
	令和 年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分	
使用目的			
人 数	人		
使用する場所	<input type="checkbox"/>	集団検診室(1F)	
	<input type="checkbox"/>	保健指導室(1F)	
	<input type="checkbox"/>	多機能回復訓練室(1F)	
	<input type="checkbox"/>	研修室(2F)	
	<input type="checkbox"/>	調理実習室(2F)	
使用備品			
使用責任者	氏 名		
	住所・連絡先	(Tel )	
使用料総額	円	減免申請額	円
減 免 理 由			減免率 /100
備 考			

#### 【ご注意】

- 使用時間を守ってください。
- 設備及び備品の取扱いには十分注意してください。
- 使用許可の条件に違反した場合は、許可を取り消すことがあります。
- その他不明な点は、係員にお申し出ください。

### 横手保健センター使用許可書 (減免許可書)

令和 年 月 日

上記のとおり使用(減免)を許可します。

横手市長 高橋 大  
(公印省略)