

様式1

社会福祉法人まりも会 清瀬療護園 施設設備申込み書

平成 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
グループ名		代表者名	
代表者住所 及び連絡先	〒 TEL ( ) - 携帯 ( ) -		
緊急連絡先 氏名 (役職)	ふりがな 氏 名 : TEL ( ) - 携帯 ( ) -		
Eメール アドレス	@		
設 備 (希望場所に○)	多目的室 ・ 会議室 ・ 広場		
日 時	利用希望日時 [ ]月[ ]日[ ]時～[ ]時[ ]分まで ※予約時間につきましては「清瀬療護園施設設備使用上の 留意事項」をご参照ください。 ※会議室の水曜日の予約は午前中のみとなります。		
利用目的			
キャンセル待ち (どちらかに○)	希望する	希望しない	

※使用希望日の前月1日～15日までの間に申し込みできます。

※キャンセルが出た場合は前月16日～20日までの間に希望者に連絡します。

※初回は登録が必要の為、身分証明書をお持ちになり月曜日～金曜日 9:00～17:00 にご来園ください。(12月29日～1月3日は除く)