

事務局長	担当職員	受 付

※受付者は、必ず利用一覧に利用日等を記入すること。

施設使用許可申請書

社会福祉法人鹿嶋市社会福祉協議会 会長 様

令和 年 月 日

申請者	住 所..... 団体名及び氏名..... 電 話..... (.....) 携 帯 電 話.....
使用責任者	住 所..... 団体名及び氏名..... 電 話..... (.....)
使用する施設の名称	老人福祉センター
使用する室名等	<input type="checkbox"/> 集会室 <input type="checkbox"/> 娯楽室 <input type="checkbox"/> 休憩室（浴室横） <input type="checkbox"/> 談話室 <input type="checkbox"/> 料理室 <input type="checkbox"/> ボランティア室 <input type="checkbox"/> 機能回復訓練室 <input type="checkbox"/> クロックケー場 <input type="checkbox"/> その他（.....） ※室名等を○で囲んで下さい。
使用目的及び内容	
使用日時	令和 年 月 日（.....） 時 分 から 時 分 まで
使用人員及び区分	高 齢 者.....名 障がいはり者.....名 一 般.....名 合 計.....名
使用する器具物 品	
入浴の有無	有 無
備 考	

事務局長	担当職員	受 付

※受付者は、必ず利用一覧に利用日等を記入すること。

施設使用許可申請書

社会福祉法人鹿嶋市社会福祉協議会 会長 様

令和 3 年 6 月 22 日

申請者	住 所 鹿嶋市鉢形台3-15-1 団体名及び氏名 はちがた地区社会福祉協議会 堀 類美子 電 話 (90) 3430 携 帯 電 話
使用責任者	住 所 鹿嶋市鉢形台3-15-1 団体名及び氏名 はちがた地区社会福祉協議会 小幡 静子 電 話 (90) 3430
使用する施設の名称	老人福祉センター
使用する室名等	<input type="checkbox"/> 集会室 <input type="checkbox"/> 娯楽室 <input type="checkbox"/> 休憩室(浴室横) <input type="checkbox"/> 談話室 <input type="checkbox"/> 料理室 <input type="checkbox"/> ボランティア室 <input type="checkbox"/> 機能回復訓練室 <input type="checkbox"/> クロックエ場 <input type="checkbox"/> その他() ※室名等を○で囲んで下さい。
使用目的及び内容	地区社協事業
使用日時	令和 年 月 日(火) 11時00分から 12時30分まで
使用人員及び区分	高齢者 _____ 名 障がい者 _____ 名 一 般 _____ 5 名 合 計 _____ 5 名
使用する器具物品	
入浴の有無	有 無
備 考	

事務局長	担当職員	受 付

※受付者は、必ず利用一覧に利用日等を記入すること。

施設使用許可申請書

社会福祉法人鹿嶋市社会福祉協議会 会長 様

令和 3年 7月 5日

申請者	住 所 鹿嶋市平井1350-45 団体名及び氏名 総合福祉センター 大槻 照江 電 話 (84) 1200 携 帯 電 話
使用責任者	住 所 同 上 団体名及び氏名 総合福祉センター 坂戸 智子 電 話 (84) 1200
使用する施設の名称	老人福祉センター
使用する室名等	<input type="checkbox"/> 集会室 <input type="checkbox"/> 娯楽室 <input type="checkbox"/> 休憩室(浴室横) <input type="checkbox"/> 談話室 <input type="checkbox"/> 料理室 <input type="checkbox"/> ボランティア室 <input type="checkbox"/> 機能回復訓練室 <input type="checkbox"/> クロックエ場 <input type="checkbox"/> その他() ※室名等を○で囲んで下さい。
使用目的及び内容	機能回復訓練 (理学療法)
使用日時	平成 年 月 日 () 10時 00 分 から 17時 00 分 まで
使用人員及び区分	高 齢 者 _____ 名 障がい者 _____ 5 名 一 般 _____ 1 名 合 計 _____ 6 名
使用する器具物 品	
入浴の有無	有 無
備 考	

