

福田病院地域文化交流館「寿心亭」 施設利用申込書

下記の太枠内にご記入の上、利用日の1ヶ月前の月曜日から金曜日の午前9時～午後5時までに福田病院地域文化交流館事務局寿心亭担当にお申込みください。

利用日時	令和 年 月 日() : ~ :		
	令和 年 月 日() : ~ :		
利用団体名			
代表者名			
連絡先住所	〒		
連絡先電話番号			
利用施設に○印	舞台	広間	茶室
利用目的			
利用人数	名 (大人 名 ・ 子供 名)		
駐車場の利用 (第4駐車場のみ)	有	台	無
申込み日	令和 年 月 日()		
施設利用申込み受付	受付日	受付者	事前打ち合わせ
	月 日		月 日
Aipo入力	年 月 日	担当	
データ入力	年 月 日	担当	
許可書、請求書発行	年 月 日	担当	
入金日確認	年 月 日	担当	
ナチュラル弁当申込み	円	個	担当