院長	事務局長	庶務科長	庶務主任	会計科長	担当者

社会福祉法人 日本身心障害児協会

申請日 20 年 月

日

島田療育センター

センター施設等 利用申請書

利施用設					
日時	《日程》 20 年	月	日 曜日		
叶寸	《時間》 (:	から	: まで)		
	《 団体名 》		(fi)		
申込・代表者	《住所》		(自宅 ・ 勤務先)		
п					
	《 電話番号 》 日中連絡のとれる番号	(自宅 · 携帯)			
利用目的	《 参加者 》 人数 名				
· 活動内容	※ 参加者名簿・連絡先は、代表者が必ずお持	ち下さい。	提出の必要はありません。		
行事保険	有 • 無				
険	《 保険内容 》				

(職員記入欄)

受付年月日				申請者			
20	年	月	日				
本人確認		□免許証	□保険証		口社員証	□学生証等	
		口その他()			
受付職員				サイボウス	《入力日		
料金				円			
特記事項							