

**本紙は必ず使用日以前に提出して下さい。**

ＦＡＸ番号：０９５９－７２－２８８１

メール：gobyou@nagasaki-hosp-agency.or.jp

ﾒｰﾙ送付用⇒

|  |  |
| --- | --- |
| 様式第１号  五島中央病院施設使用許可申請書  令和　　年　　月　　日  　　長崎県五島中央院長　様  　　　　　　　　　　　　　団体名  申請者事業所住所  担当者氏名  担当者連絡先  　　五島中央病院施設を五島中央病院施設使用細則に基づき、下記のとおり使用したいので申請します。 | |
| 使用目的（集会等の名称） |  |
| 使用日時 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分　から  令和　　年　　月　　日　　時　　分　まで |
| 支払方法 | 銀行振込　　　  現金　　**※下部の説明をご確認下さい** |
| 使用施設 | 講義室１　 講義室２  講義室１・２  特別応接室 |
| 入室予定人員 | 人 |
| 使用附属設備 | 机　  椅子　  プロジェクター |
| 共催者の住所、氏名 |  |
| 許　可 | 許可　　・　　不許可 |
| 減免理由 |  |
| 使用料 |  |
| 備　　考 |  |

※注　　　　　　の欄には、記入しないこと。

○使用料金のお支払いについて

　①金額　　　１室のみ利用　・・・　５，５００円（税込）

２室以上（講義室１・２両面　等）・・・５，５００円×部屋数（税込）

　②支払

　　（１）銀行振込・・・**利用当日に請求書等を発行**しますので、**発行から２週間以内に振込**

**※利用当日の9時～17時15分(12時～13時を除く)に２階事務室にお越し下さい。**

※請求書・・・振込手数料が発生する場合があります。その際の振込手数料は御社負担

でお願いします。

　　（２）現金払い・・・**利用当日の9時～17時15分(12時～13時を除く)に２階事務室に**

**持参して下さい。**

**※お釣りの用意はありませんので丁度の金額を準備して下さい。**