

**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。**