

様式第7号（第11条関係）

池田市保健福祉総合センター使用料免除申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

使用料の免除を受けたいので、池田市保健福祉総合センター条例施行規則第11条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申 請 者	住所(法人の場合は所在地)	
	法人名又は団体名	
	氏名(法人の場合は代表者名)	印
	電 話 番 号	
会議等の名称		
減免申請理由		
使用年月日 及び使用時間	年 月 日 () 午前・午後 時から 年 月 日 () 正午・午後 時まで	
申 請 室 名	<input type="checkbox"/> 大会議室 <input type="checkbox"/> 会議室(1) <input type="checkbox"/> 会議室(2) <input type="checkbox"/> 会議室(3) <input type="checkbox"/> IT講習会室 <input type="checkbox"/> 健康教育室 <input type="checkbox"/> 調理実習室	