

韮崎市保健福祉センター使用取消申請書

(あて先) 韮崎市長

年 月 日付けをもって許可された韮崎市保健福祉センター使用の取消しをしたいので申請します。

1 申請者 申請者(団体) 印 電話
住所

2 取消し理由 _____

3 取消しする日時
月 日(午前・午後) 時 分から 時 分まで

※使用日時が複数の場合、日程表を添付

4 取消しする場所 会議室・生活指導室1・生活指導室2・生活指導室3
 (○で囲む) 栄養指導室・サポートハウス

5 使用料の 還付	有 ・ 無	納付済額 円	還付金額 円
--------------	-------------	---------------	---------------

下記口座に振込下さるようお願いします。

指 定 口 座	(注※郵便局は不可)	(※欄は記入不要)
金融機関名		※
店 舗 名		※
預 金 種 類	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他()	
口 座 番 号		
(フリガナ)		
口 座 名 義 人		

※申請時に交付した使用許可書を必ず添付すること。
 上記の申請のとおり承認してよろしいか伺います。

決 裁 欄		