FAX送信票

※表紙なしでこのまま送信してください。

特定非営利活動法人 大阪医療ソーシャルワーカー協会 事務局　宛 電話　06－6767－7008 FAX　06－6767－7008	⇔

所属	
部署	
氏名	様
電話	
FAX	

特定非営利活動法人大阪医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ協会　事務所利用許可申請書

事務所利用規定を理解しましたので、事務所利用規定の遵守を誓約し、下記の通り事務所の利用許可を申請します。

署名	

申請日	平成　　年　　月　　日　（　　）※FAXを送信する日を記入	
ふりがな		
申請者氏名		
申請者連絡先	所属	
	部署	
	所属先 電話番号	
	携帯	
利用目的	当てはまる項目を〇で囲んでください。 協会運営活動［ 理事会 ・ 各種ミーティング（　　）］ 教育研修活動［ 初任者研修（　　ｸﾞﾙｰﾌﾟ）・その他（　　）］ その他（グループ研究活動等）［具体的に　　］	
利用予定人数	名　※最大20名程度可能	
利用日時	平成　　年　　月　　日　（　）※利用日毎に申請書の提出が必要 最大2コマまでとなっています。希望時間を〇で囲んでください。 9時～11時　・ 11時～13時　・ 13時～15時 15時～17時　・ 17時～19時　・ 19時～21時	

※申請者は署名欄に氏名を自署し、上記太枠内に必要事項をご記入下さい。

※申請書のFAX到着順での受付となります。　※利用の可否については、後日連絡します。

切り取らないで下さい

利用許可証

平成　　年　　月　　日（　） 時～　　時までの 申請について利用を許可致します。	許可印

※申請内容に変更が生じた場合には、改めて申請書を提出して下さい

送信日：平成　　年　　月　　日（　）

協会使用欄		
会館連絡	承認日	可否連絡