# 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<br>大阪医療ソーシャルワーカー協会<br>事務局　宛<br><br>電話　06－6767－7008<br>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 | 西暦　　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<br>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。<br>協会運営活動［ 理事会 ・ 各種ミーティング（　　）］<br>教育研修活動［ 初任者研修（　　ｸﾞﾙｰﾌﾟ）・その他（　　）］<br>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 | 西暦　　年　　月　　日　（　　）※利用日毎に申請書の提出が必要<br>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。<br>9時～11時 ・ 11時～13時 ・ 13時～15時<br>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

| | |
|---|---|
| 西暦　　年<br>月　　日（　　）<br>時～　　時までの<br>申請について利用を許可します。 | 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 西暦　　年　　月　　日（　　）

| 協会使用欄 | | |
|---|---|---|
| 会館連絡 | 承認日 | 可否連絡 |
| | | |