

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

事務所利用規程を理解しましたので、利用規程の遵守を誓約し、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		
	電話番号	勤務先 / 自宅	携帯
利用目的	当てはまる項目を○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 (グループ) ・ 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		
事務所の鍵	<input type="checkbox"/> 貸出希望 (希望者はし)	案内方法 (希望する方法に○) = 電話 / メール / 郵送 送付先情報:	
利用日時	西暦 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○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

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

送信日 西暦 年 月 日 ()

協会使用欄		
会館連絡	承認日	可否連絡

※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