別表１　　　　　　　　　　熊本県医師会館使用許可申請書

令和　　年　　月　　日

熊本県医師会長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 申請者(主催者) |
| 【問合せ先】熊本県医師会総務課〒860-0806 熊本市中央区花畑町1番13号TEL 096-354-3838　FAX 096-322-6429 |  | 住 　所 〒　　- |
|  | 団 体 名 ㊞ |
|  | 電話番号　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  | 事務責任者 |
|  |  | 電話番号　　　　　　　　　FAX |
|  |  | e-mail |

下記のとおり、使用したいので申請します。

なお、会館使用に際しては、別紙注意事項を厳守し責任を持って使用することを誓約いたします。

※必要な項目にご記入いただき、該当箇所には○印をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 集　会　名 |  |
| 使用目的・開催方法 | ・会議　・講演会　・研修会　・説明会　・その他（　　　　　　　） | 集合 ・ WEB |
| 開　催　時　間 | 開始　　　　時　　　分　～　終了　　　　時　　　分 |
| 使用室名  | 使 用 日 |  使用時間の区分 （準備・片付け含む） |
| 午前9：00～12：00 | 午後13：00～17：00 | 午前・午後9：00～17：00 | 夜間17：00～21：00 |
|  | 年 　月 　日 (　) | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 |
|  | 年 　月 　日 (　) | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 |
|  | 年 　月 　日 (　) | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 |
|  | 年 　月 　日 (　) | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 | ： ～　：　 |
| 昼食等利用 | 有　・　無　（有の場合は、研修室の利用となります。） |
| 対象者・参加予定人数 | 医師・コメディカル・その他（　　　　　　）　　　　計　　　名 |
| 会場レイアウト | 1.スクール形式　 2.ロの字形式　 3.椅子のみ　 4.島形式　 5.その他（　　　　）  |
| 音響・プロジェクター等使用 | 有　・　無　 | ※有の場合は音響等操作依頼(別料金)の要否について右欄にご記入ください。 | 要　・　不要(※2階は必須) |
| メーカー等の共催・協賛・後援の有無 | 有　・　無　1.共催（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※具体的にご記入下さい。2.協賛（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）3.後援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加料の有無 | 有(　　　　 　円)・　無 |
| 駐車場利用(有料) | 有　・　無 ※本会の都合により利用できない場合もあります。 |
| 請求書送付先 | 〒　 -　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求書宛名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |
| 備　　　考 |  |

※費用、留意事項等は、熊本県医師会ホームページ「熊本県医師会のご案内」をご参照下さい。

※開催案内状等を添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用料 | 時間外料金 | 駐車場料金 | 光熱水費 | 人件費 | 音響等委託費 |  | 受付者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※太枠内は、記入不要 | 合計 |  |  |