

## ボランティア活動室利用申込書

年 月 日

(宛先)大田区立障がい者総合サポートセンター所長

申請者

申請者住所

申請者連絡先

利用団体名		
代表者名		
利用希望日 ・ 利用希望区分 (○をつけてください)	①	年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 夜間
		【利用目的】 打合せ・印刷・その他( ) 【利用人数】 _____名
	②	年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 夜間
		【利用目的】 打合せ・印刷・その他( ) 【利用人数】 _____名
	③	年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 夜間
		【利用目的】 打合せ・印刷・その他( ) 【利用人数】 _____名
	④	年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 夜間
		【利用目的】 打合せ・印刷・その他( ) 【利用人数】 _____名
	⑤	年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 夜間
		【利用目的】 打合せ・印刷・その他( ) 【利用人数】 _____名

※ 区分…午前9:00～12:00 午後13:00～17:00 夜間17:00～21:30

※ ご利用いただける人数は24名まで(介助者を含む)です。

下記のとおりボランティア活動室の利用を承認します。(センター記入欄)

受付日	年 月 日	管理係	統括	主任