福江総合福祉保健センター利用変更（取消）申請書（許可書）

令和　年　　月　　日

　　（あて先）五島市長

（申請者）住　所

団体名

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

印

　令和　年　　月　　日付け許可第　　　号で福江総合福祉保健センターの利用許可を受けましたが、次のとおり変更（取り消）したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 許　可　済 | 利用日時 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日まで　日間　　　　時　　分　　　から 　　時　　分まで |
| 利用室 |  | 設　備 |  | 冷暖房 | 要・不要 |
| 利用目的及び人員 | （　　　　人） |
| 変　更・取　消 | 変　更・取　消　理　由 |  |
| 利用日時 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日まで　日間　　　　時　　分　　　から 　　時　　分まで　　　 |
| 利用室 |  | 設　備 |  | 冷暖房 | 要・不要 |
| 利用目的及び人員 | （　　　　人） |
| ※使用料 | 納入済額 | 返還額 | 追加額 | 合計 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| ※備　考 |  |
| ※　許可書　福江総合福祉保健センター利用変更（取消し）について、上記のとおり許可します。　　　　令和　年　　月　　日五島市長　出　口　　太　　　　印　○許可の条件 |

　備考　※印の欄には記入しないでください。