

福江総合福祉保健センター利用変更（取消）申請書（許可書）

年 月 日

(あて先) 五島市長 野 口 市 太 郎

(申請者) 住 所
 団体名
 氏 名

(※)本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。

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	年 月 日から 年 月 日まで 日間 時 分 から 時 分まで				
	利用室及び設備		附属 設備	要・不要	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	年 月 日から 年 月 日まで 日間 時 分 から 時 分まで				
	利用室及び設備		附属 設備	要・不要	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。 年 月 日 五島市長 野 口 市 太 郎 印 ○許可の条件						

備考 ※印の欄には記入しないでください。