**会場利用抽選申し込み用紙**

抽選の申し込み期間は、**毎月1日～7日**です。

利用可能日をご確認のうえ、利用希望日を記入し、窓口に直接持ってきていただくか、FAXまたはメールで、この申込用紙を送付してください。

※利用可能日は、直接会場で確かめていただく以外に、豊田地域ケアプラザのHPやブログからもご確認いただけます。

※**抽選結果は、抽選にはずれた団体にのみ毎月10日までにご連絡させていただきます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 　 |
| 登録番号 | 　 |
| 所在地または住所 | 　（市外団体 □ ） |
| 代表者氏名　　及び連絡先 | 　（よみ　　　　　　　　　）電話:　　　　　　　　　　　 ﾌｧｸｽ: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | 使用日（曜日） | 使用時間帯 | 参　加予定人数 | 内　容※ 出来るだけ具体的に記載してください | 使用日の責任者氏名及び連絡先 |
| □ 多目的ホール□ 調理室□ ボラ1 □ボラ２□ 地域ケアルーム | ／（　　） | □ 午前□ 午後１□ 午後２□ 夜間 | 　人 |  | 氏名:電話:ﾌｧｸｽ: |
| □ 多目的ホール□ 調理室□ ボラ1 □ボラ２□ 地域ケアルーム | ／（　　） | □ 午前□ 午後１□ 午後２□ 夜間 | 　　人 |  | 氏名:電話:ﾌｧｸｽ: |
| □ 多目的ホール□ 調理室□ ボラ1 □ボラ２□ 地域ケアルーム | ／（　　） | □ 午前□ 午後１□ 午後２□ 夜間 | 人 |  | 氏名:電話:ﾌｧｸｽ: |
| □ 多目的ホール□ 調理室□ ボラ1 □ボラ２□ 地域ケアルーム | ／（　　） | □ 午前□ 午後１□ 午後２□ 夜間 | 人 |  | 氏名:電話:ﾌｧｸｽ: |

豊田地域ケアプラザ

電話：045-864-5144 FAX：045-864-5904

メール：toyodayoyaku@yokohamashakyo.jp

豊田地域ケアプラザ

電話：045-864-5144 FAX：045-864-5904

メール：toyodayoyaku@yokohamashakyo.jp