（様式１）

地域交流スペース　tsunagari　使用申込書（FAX）

FAX：042-512-7604

令和　　　年　　　月　　　日

立川療護園　はごろもの音　園長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

次のとおりtsunagariを使用したいので、申込みます。使用時には、下記の使用上の注意事項を遵守いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 代表者名 |  |
| 代表者住所 | 〒 | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用希望日 | 第一希望　　　　月　　　　日（　　　） | 第二希望　　　　月　　　　日（　　　） |
| 希望時間10：00～17：00の間でご記入ください。 |  |  |
| ご利用人数　　＿＿＿＿　名　　　　　　　　駐車場利用予定　＿＿＿＿　台 |

※使用上の注意事項

１　使用者の不注意によりtsunagariの什器・備品を不注意により壊したり汚したりした場合は、修繕・補修にかかる費用の弁償を行うこと。

２　敷地内での飲酒・喫煙、厨房以外での火気の使用、他人への迷惑となる行為等をしないこと。

★ご利用日の1ヶ月前までにお申し込みください。

★お申し込み後、使用承認（不承認）通知書を送付いたします。

★予約状況によってはご利用日時の変更をお願いする場合がございます。