

施設使用願  
(課外活動用)

年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長 様

団体名

責任者

学籍番号

氏 名

顧 問

印

下記により施設を使用したいので御許可願います。

記

1. 施設の名称	
2. 使用目的	
3. 使用期間	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分から 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分まで
4. 備 考	(使用者名簿別添)

(註ー必ず所定の名簿を添付してください。)

総務部長	学生サービス センター長	施設利用確認	受 付
/	/	/	/