

施設使用願（聖灯祭用）

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 _____

責任者氏名 _____

学籍番号 _____

連絡先 _____

顧問・担当教員 _____ 印

下記により施設を使用したいのでご許可願います。

記

1. 部屋番号 及び名称	
2. 使用人数	
3. 使用目的	
4. 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
5. 施錠の有無	必要 ・ 必要なし ※どちらかを○で囲んでください。
6. 備 考	※使用希望教室等にある設備の希望等

総務部長	学生サービス センター長	施設利用確認	受 付
/	/	/	/