



大横保健福祉センター施設利用登録申請書

申請日	年	月	日	※ 太線の中を記入してください。			
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 変更				
登録区分	<input type="checkbox"/> 在住	<input type="checkbox"/> 在勤	<input type="checkbox"/> 在学	<input type="checkbox"/> 市外			
ふりがな				ふりがな			
団体名				代表者名			
郵便番号	—						
住所							
電話番号							
FAX番号							
利用目的							
パスワード							
<input type="checkbox"/> 大横保健福祉センター施設使用基準を遵守します。							

※ 代表者と異なる場合にご記入ください。
ただし、個人で登録される場合は生年月日のみご記入ください。

ふりがな			生年月日	年	月	日
責任者氏名						
郵便番号	—					
住所						
電話番号						
FAX番号						
携帯電話						

※ 登録区分が在勤・在学の方のみご記入ください。

勤務先又は学校名			勤務先又は学校の所在地			
連絡先						

※ 保健福祉センター記入欄

登録番号						
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 社員証	<input type="checkbox"/> 学生証		
	<input type="checkbox"/> 住民票または住基カード	<input type="checkbox"/> その他 ()				

別紙のとおり登録してよろしいか。

館長	主査	主任	主事

受付印

承認書 受取サイン

処理欄	入力	確認	交付