



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		
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 解散
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	.....	一	.....	
住所					
電話番号	.....	.....	.....	.....	.....
FAX番号	.....	.....	.....	.....	.....
携帯電話	.....	.....	.....	.....	.....
利用目的					
パスワード	.....	.....	.....	※個人で登録される場合は、生年月日をご記入ください 生年月日 年 月 日	

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。

ふりがな					
責任者氏名					
郵便番号	.....	一	.....	
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・経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <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		

大横保健福祉センター施設利用についての誓約書

※ □にチェックしてください

- 施設利用にあたり、次のような行為を行わないことを誓約します。
 - ・営利獲得が主たる目的と認められる利用
 - ・施設の設置目的に反する利用
 - ・施設の秩序や公益を害するおそれのある利用
 - ・施設の管理上支障がある利用
- 上記誓約に反することが明らかになった場合は、許可・承認を取り消されても異議なく承諾します。
また、これにより不利益が生じても市に責任を求めるることはしません。
- 暴力団の利益となる使用または利用を制限するため、私は暴力団でないことを誓約します。

暴力団による使用または利用であるかを確認する必要がある場合は、所管の警察署へ照会することがあります。また、許可後に暴力団の利益となる使用または利用であることが判明した場合は、許可を取り消します。(八王子市暴力団排除条例第8条)