

伊藤忠メディカルプラザ 研修室 仮予約・利用申込書

						申込日	年	月	日			
利用研修室	研修室A	<input type="radio"/>	研修室B	<input type="radio"/>	研修室C	<input type="radio"/>	※ <input type="radio"/> を囲んでください					
利用日時 ※ <input type="radio"/> を囲んでください	年 月 日 (曜日)						利用人数	人				
	利用開始時刻 : ~ 終了時刻 :						まで					
	<input type="radio"/> 午前	<input type="radio"/> 午後	<input type="radio"/> 午前・午後		<input type="radio"/> 夜間	<input type="radio"/> 午後・夜間		<input type="radio"/> 終日				
		9~12時	13~17時	9~17時		18~21時	13~21時		9~21時			
利用目的												
備品貸し出し ※ <input type="radio"/> を囲んでください ※複数必要な場合必要な数をご記入下さい	スクリーン大(研A 備え付け)		<input type="radio"/>	スクリーン(可動式)		台	<input type="radio"/>	ホワイトボード		台	<input type="radio"/>	
	プロジェクター(研B 備え付け)		<input type="radio"/>	プロジェクター(可動式)		台	<input type="radio"/>	演台		台	<input type="radio"/>	
	マイク(ワイヤレス)		本	<input type="radio"/>	マイクスタンド(卓上)		本	<input type="radio"/>	マイクスタンド(床上)		本	<input type="radio"/>
	PC(Windows)		<input type="radio"/>	レーザーポインター(赤)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	駐車場		台	<input type="radio"/>	
	USBスピーカー		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

『伊藤忠メディカルプラザ 研修室 利用規約』に従い、上記のとおり申し込みます。

会社・団体名											
会社・団体住所 および連絡先	〒										
		TEL:()			-		FAX:()			-	
申込担当者名 および連絡先	TEL:() - 携帯:() -										
メールアドレス:											
施設利用料金の 入金予定日をご記入下さい。⇒ 年 月 日 入金予定											

※受付完了後、ご請求金額を記載した申込用紙を返送致します。ご利用日が終わるまでは大切に保管してください。

(以下、財団記入欄)

《 請 求 額 》

年 月 日

上記の研修室の仮予約・利用申込みを受け付け致しました。仮予約はご利用日1か月前までにご使用の有無をご連絡ください。ご利用確定の方はご利用予定日の2週間前までに、下記の銀行口座へご請求金額のお振込みをお願い致します。

ご請求金額 円

<振込先> 振込銀行：三井住友銀行 神戸公務部 口座番号：普通預金 3049863

口座名義：公益財団法人神戸国際医療交流財団

※お振込にかかる手数料は、ご利用者様でご負担ください。

※銀行の振込金受取書をもって領収書の発行と替えさせていただきます。

※お振込み期日のご相談は事務局までご連絡ください。

受付印