

ご記入の上、FAXにてご返送お願い致します。FAX受付時間 9:00～17:00(メールでの受付はできません。)

## 中町・蔵シツク館 利用申込書

年 月 日

|         |  |
|---------|--|
| 利用者日時   | 年 月 日 午前 時 分 から 年 月 日 午前 時 分 まで<br>午後 午後 |
| 利用場所    |  |
| 利用目的    | (具体的に記入してください)                           |
| 利用者住所   | 〒  |
| フリガナ    |  |
| 利用者氏名   | 会社・団体名                                   |
| TEL・FAX |  |

※ 当館の催物案内に掲載を希望する方は、そのタイトルをお書き下さい。その通り掲載させていただきます。

|      |                 |
|------|-----------------|
| タイトル | (20字以内でお願いします。) |
|------|-----------------|

※ 問い合わせがありました際の通知可能な連絡先

|      |         |
|------|---------|
| 電話番号 | メールアドレス |
|------|---------|

※ 催物案内・マスコミ等に利用者情報を提供してよろしいですか。

|                  |        |
|------------------|--------|
| (どちらかに○印をして下さい。) |        |
| 了承します。           | 拒否します。 |

※ 当館の利用規定に基づき、使用することを了承します。 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 必ず、フルネームでサインをお願い致します。(サインなきものは無効となります。)