認印	校友会	事　務

年　　月　　日

学内施設・備品使用願

多摩リハビリテーション学院長　殿

卒業学科	
代表者氏名	
携帯電話番号	

下記により学内施設・備品を使用させていただきたく、申請いたします。

施　設　名	南館	・普通教室（南　　）・その他特別教室（　　）
	北館	・普通教室（北　　）・機能訓練室　・治療実習室
	他	・体育室　・学院ホール201　・学院ホール202（階段教室）　・その他（　　）
備　品　名		
使　用　目　的		
日　時	1日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分
	2日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分
	3日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分
参　加　者　数		
参　加　者　氏　名		

切り取り線

申請の通り許可する。 年　月　日 多摩リハビリテーション学院専門学校長		受付印	受付者印
日　時	1日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分	確認印
	2日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分	確認印
	3日目	年　月　日　時　分　～　年　月　日　時　分	確認印

代表者氏名		施設名	
		備品名	

＊注意事項
・時間を厳守すること。
・キャンセルする場合は必ず連絡すること。
・備品を紛失、破損した際は直ちに申し出ること。弁償となる場合があります。

※使用後は清掃・整理整頓後、右の項目にチェックをしてこの用紙を事務室まで提出すること。	ゴミの清掃			黒板の清掃			電気・エアコン			整理整頓		
	1日目	2日目	3日目	1日目	2日目	3日目	1日目	2日目	3日目	1日目	2日目	3日目