

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 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。)