

AMG 学習館 利用申込書

■別紙の利用規程を承諾の上、下記の通り申し込いたします。

※太枠内をもれなく記入

	申込日 平成 年 月 日															
施設名・団体名	利用年月日 平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 () 計 日間															
担当者名 (ふりがな)	利用施設 (あてはまるものに☑) <input type="checkbox"/> 2階研修室 (定員108名) <input type="checkbox"/> 3階研修室 (定員 54名)															
部署名	利用予定人数 名 (男女比 :)															
職 位	利用時間 (あてはまるものに☑)															
連絡先 (TEL)	<input type="checkbox"/> 1 日 (8 : 3 0 - 1 7 : 0 0) <input type="checkbox"/> 午 前 (8 : 3 0 - 1 2 : 3 0) <input type="checkbox"/> 午 後 (1 3 : 0 0 - 1 7 : 0 0) <input type="checkbox"/> その他 (: - :)															
利用受付書兼施設利用料請求書送付先 ※施設利用料は事前支払いとなります。請求書送付先の FAX または E-Mail をご記入ください。	利用料 (税抜) 円 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">時間</th> <th style="width: 40%;">2階研修室</th> <th style="width: 40%;">3階研修室</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日</td> <td>32,000円</td> <td>16,000円</td> </tr> <tr> <td>午前・午後</td> <td>18,000円</td> <td>9,000円</td> </tr> <tr> <td>8:30-19:00</td> <td>5,000円/1時間</td> <td>2,500円/1時間</td> </tr> <tr> <td>19:00-21:00</td> <td>5,500円/1時間</td> <td>2,750円/1時間</td> </tr> </tbody> </table>	時間	2階研修室	3階研修室	1日	32,000円	16,000円	午前・午後	18,000円	9,000円	8:30-19:00	5,000円/1時間	2,500円/1時間	19:00-21:00	5,500円/1時間	2,750円/1時間
時間		2階研修室	3階研修室													
1日	32,000円	16,000円														
午前・午後	18,000円	9,000円														
8:30-19:00	5,000円/1時間	2,500円/1時間														
19:00-21:00	5,500円/1時間	2,750円/1時間														
FAX : または E-Mail :																
宛 名																
住 所 〒 -																
利用目的 (具体的に) ※平成 29 年度より禁止事項が追加されました。 「利用規程」をご確認ください。	利用備品 (あてはまるものに☑) <input type="checkbox"/> スクリーン・プロジェクター <input type="checkbox"/> ノートパソコン <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク (2本) <input type="checkbox"/> ワイヤレスピンマイク <input type="checkbox"/> 有線マイク <input type="checkbox"/> 書画カメラ (OHC) <input type="checkbox"/> 卓上マイクスタンド <input type="checkbox"/> 床上マイクスタンド <input type="checkbox"/> レーザーポインター															
会議の名称と時間 (掲示板の表示用) 「 _____ 」 : ~ :																
預かり荷物について 利用前受取 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 到着日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 ※平日 9-17 時 到着個数 _____ 個 ※1 個あたり 2,500 円 (税抜) の有料 利用後発送 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																

■お申し込みの際は、本用紙を FAX にて下記へご送付ください。

上尾中央医科グループ協議会 キャリアサポートセンター

〒362-0036 埼玉県上尾市宮本町 10-29 AMG 学習館 3階

(FAX) **048-773-5880**

(TEL) 048-773-8111 (E-Mail) k-center@achs.jp