

所長	係		

施設使用申請書

令和 年 月 日

職業訓練法人

島根中央能力開発振興協会 御中

(申請者) 住 所 _____
事業所名 _____
代表者名 _____
電話番号 _____

次のとおり、島根中央地域職業訓練センターの施設使用を申請します。

使用目的	(営利 ・ 非営利)			
教室名	使用年月日	使用時間 (9:00~21:00)	使用人数	備考
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :	人	
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :	人	
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :	人	
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :	人	
備品	使用年月日	使用時間 (9:00~21:00)	備考 (台数他)	
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :		
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :		
	令和 年 月 日 ~ 月 日	: ~ :		

【教室名：1階】

- ・ A 教室 (定員20人)
- ・ B 教室 (定員20人)
- ・ パソコン教室 (定員20人)
- ・ 調理教室 (35.6m²)
- ・ 実習室 (266m²)

【教室名：2階】

- ・ C 教室 (IT) (定員20人)
- ・ D 教室 (定員60人)
- ・ 視聴覚教室 (定員60人)

【備品】

- ・ マイクセット一式
- ・ パソコン (パソコン教室・C教室)
- ・ プロジェクター (PC対応)

(使用責任者)

部署名 _____

氏名 _____

電話番号 _____

※ 施設・備品利用料金につきましては、
「施設利用について」をご覧ください。

お願い

仮ご予約日より1週間以内の施設使用申請書のご提出をお願い致します。
申請書のご提出がない際の確約は致しかねます。ご理解ご協力の程宜しくお願い致します。

〒694-0064 島根県大田市大田町大田イ309-2
島根中央地域職業訓練センター
TEL 0854-82-9666 FAX 0854-82-7850