

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 _____ (印)
 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)
- ・ 調理実習室 (35.6㎡)
- ・ 実習室 (266㎡)

【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)

(使用責任者)

部 署 名 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

【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)

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

〒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