

様式1

茨城県薬剤師会会議室使用申込書

年 月 日

公益社団法人茨城県薬剤師会 会長 殿

申込者

印

下記のとおり会議室の使用を申し込みます。

1. 使用団体 (代表者名)	(代表者)
2. 所在地	(〒) 電話 () FAX ()
3. 使用責任者	氏名 連絡先電話 ()
4. 使用目的 (会議等名称)	
5. 使用日時	年 月 日 () 使用時間 時 分 ~ 時 分 ※使用時間には会場の準備及び後片付けの時間も使用時間に含まれます。 会議等の開催時間 時 分 ~ 時 分
6. 使用場所	大会議室 (1・2), 中会議室 (1・2), 小会議室
7. 利用器材	マイク・プロジェクター・スクリーン・ホワイトボード
8. 持込機材	無 ・ 有 ([例]PC1台)
9. 規模	参加予定人数 人

【注意】 駐車場はありませんので、会議等の案内をする場合は、必ず駐車場がない旨を記載してください。

◆事務局使用欄 (以下の欄は記入しないでください)

	年 月 日	貸与者氏名	カード番号	担当者
貸与	. . .			
返却	. . .			

※当面の間、新型コロナウイルス感染症予防対策に努めていただきますようお願いいたします。

また万が一、上記の会議に参加した方から、新型コロナウイルス陽性者が出て、会議室の消毒が必要になった場合には、それらにかかる費用等を使用団体にご負担いただきますので、ご承知おきください。