

文化施設・体育施設 団体利用 兼 使用料免除申請書 (障害者支援団体用)

薄色部分にご記入・選択のうえ、別表および添付書類と一緒にご提出ください

団体利用申請 : かがわ総合リハビリテーションセンター 福祉センター長 殿
 使用料免除申請 : (福)かがわ総合リハビリテーション事業団 理事長 殿

以下のとおり施設団体利用および使用料免除を申請します。 申請年月日 年 月 日

| | | |
|---|---|---|
| 申請内容 <small>(以下の記入箇所)</small> | 新規・変更・更新・取消 <small>(全て) (変更箇所+団体名・ID) (全て) (全て)</small> | 利用施設 かがわ総合リハビリテーション福祉センター 文化・体育施設 |
| 申請者 | 登録区分 団体 - 特殊 | |
| | (ふりがな) 団体名称 略 称 ※漢字・ひらがな・カタカナ全角3文字相当以内(英数半角も可) | |
| | 自動メール 必要 ・不要 ※抽選結果や予約完了、予約取消の通知を自動で行います 原則、「必要」としていただきます。下記メールアドレスもご記入ください | |
| | 利用団体種別 障害者支援団体 ※必要な添付書類は「利用の手引き」でご確認ください | |
| 代表者 | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | 姓 名 |
| | 郵便番号 | - |
| | 住 所 | |
| | パート名等 | |
| | 電話番号 | - - 自宅・会社 携帯 FAX・会社 |
| | メールアドレス | |
| 生年月日 | 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 連絡者 <small>※各種ご連絡、お問合せ、資料・ご案内の送付、アンケート等の連絡・送付先となります</small> | 代表者とは異なる・代表者と同じ ※代表者と同じ場合は以下の連絡者欄の記入は不要です | |
| | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | 姓 名 |
| | 郵便番号 | - |
| | 住 所 | |
| | パート名等 | |
| | 電話番号 | - - 自宅・会社 携帯 FAX・会社 |
| メールアドレス | | |
| 生年月日 | 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 団体関係 | 人 数 | 名 [内 訳 : 障害者 名 介助者 名 関係者 名 一般 名] |
| | 発足(任意) | 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| | 利用者ID | rds- ※英数ハイフン半角小文字で2~12文字を追記願います ※初期のパスワードは別途、窓口にてご連絡いたします |
| | インターネット予約 | 実施する・できない ※原則、実施していただきます。できない場合は窓口での対応となります。電話対応は致しません |
| | 使用目的 | 別表のとおり ※別表に記載のスポーツ・活動等に印を付けて添付してください |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|-------|-----|-----|---|
| 施設記載欄 | 受付日 | 受付者 | 入力日 | 入力者 | 提出者(代表者・連絡者・その他) 本人確認書類 |
| | / / | | / / | | 運転免許証・パスポート・健康保険証・公的年金証明書 学生証・障害者手帳・その他() |
| | 承認日 | 年 月 日 | 備考 | | |
| 有効期限 <small>(申込可能最終期日)</small> | 2028年 3月 31日 | | | | |

【ご利用者様の個人情報の取り扱いについて】

ご登録いただいたご利用者様の個人情報(氏名・住所・電話番号・ご記入内容等)は当事業団にて、厳重な一元管理をさせていただきます。
 ●各種ご連絡等の通信、資料の発送、お問合せや、アンケート、各種サービスのご提供に使用させていただきます。
 ●当事業団の各事業に関するご案内や、ご利用者様の有益と思われる情報・各種資料をお送りする場合がございますので、ご了承ください。