

体育施設・文化施設 団体利用 兼 使用料免除申請書  
( 障害者団体用 )

様式11-1

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 (以下の記入箇所)	新規・変更・更新・取消 (全て) (変更箇所+団体名・ID) (全て) (全て)	利用施設 かがわ総合リハビリテーション福祉センター 体育・文化施設			
	申請者 登録区分 <b>団体</b> - 特殊				
※丁寧に書 きください。	(ふりがな) 団体名称	<input type="text"/>			
	略称	<input type="text"/> <input type="text"/>	※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	<input checked="" type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 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。下記メールにもご記入ください。		
	利用団体種別	<b>障害者団体</b>	※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 ※丁寧に書 きください。	(ふりがな) 氏名	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>		
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>			
	住所	<input type="text"/> <input type="text"/>			
	7パート名等	<input type="text"/>			
	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	自宅・会社 携帯 ← 代表者と連絡者が同じ場合は<必須>です。 FAX・会社
	メールアドレス	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
連絡者 ※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。 ※丁寧に書 きください。	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 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>		
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>			
	住所	<input type="text"/> <input type="text"/>			
	7パート名等	<input type="text"/>			
	電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	自宅・会社 携帯 <必須> FAX・会社
メールアドレス	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
団体関係 ※丁寧に書 きください。	人数	<input type="text"/> 名	[内訳: 障害者 <input type="text"/> 名 介助者 <input type="text"/> 名 関係者 <input type="text"/> 名 一般 <input type="text"/> 名]		
	発足(任意)	西暦・大正・昭和・平成・令和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	利用者ID	<input type="text"/> rdg- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	※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	<input checked="" type="checkbox"/> 実施する・ <input type="checkbox"/> 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	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。