

鳥取県健康会館施設等利用申込書

令和 年 月 日

鳥取県医師会長 殿

団体名	
代表者	印

下記のとおり、鳥取県健康会館の施設等の利用を申し込みます。

記

利用日時	令和 年 月 日 () [午前・午後] 時 分から			
	令和 年 月 日 () [午前・午後] 時 分まで			
利用目的 (会議名称)				
会議等 時間	開始時間 [午前・午後] 時 分から 終了(予定)時間 [午前・午後] 時 分まで			
利用施設	↓○印	会場名等	収容※	参加予定数
		1階 研修センター	205席	名
		2階 理事会室	20人	名
		3階 研修室	40人	名
		4階 会議室	80人	名
		講師控室(3階 応接室)		
		冷暖房		
利用機材 ○印→	液晶プロジェクター	ラップトップパソコン	テレビ・ビデオ	シャーカステン
連絡先 (職氏名等)	TEL () -			
備考				

※ 収容人員はスクール形式(机・椅子)の場合

【 鳥取県医師会事務局 】

(E-mail) kenishikai@tottori.med.or.jp

(TEL) 0857-27-5566

(FAX) 0857-29-1578