

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→	プロジェクター TV モニター 移動式スクリーン ワイヤレスマイク/スピーカー Web 会議セット			
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