

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