

平成 年 月 日

一般社団法人松原市医師会 殿

下記により、会議室の使用を許可願います。

### 会議室使用許可願

申請者	住所						
	法人または団体名						
	氏名	印			電話		
責任者	住所						
	氏名						
	電話						
使用日時	平成 年 月 日	午前・午後	時	分から	午前・午後	時 分まで	
会議等の名称・行事名							
使用内容・目的							
使用人数	名						
出席医師会員氏名	印						

会議室使用料合計額	円
-----------	---

上記記載のとおり、会議室使用を許可します。

松原市新堂1丁目602-4  
一般社団法人 松原市医師会