

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	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