

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 12時50分から 午前・ 午後 15時30分まで	
会議等の名称・行事名	松原市医師会 学術講演会		
使用内容・目的	講演会		
使用人数	20 名		
出席医師会員氏名			

会議室使用料合計額	7,000円
-----------	--------

上記記載のとおり会議室使用を許可します。

◆新型コロナウイルス感染症対策
会議終了後は、使用備品の消毒作業にご協力をお願いします。

松原市新堂1丁目602-4
一般社団法人 松原市医師会