別記様式第2号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | ※受付年月日番号 | 　 |
| 石川県社会福祉会館使用変更許可申請書年　　月　　日 |
| 石川県石川中央保健福祉センター福祉相談部長 | 　殿 |
| 　 |
| 申請者 | 住所 | 　 |
| 名称及び代表者の氏名 | 　 |
| (電話　　　　)　　　　　　年　　月　　日付第　　号で許可のあつた社会福祉会館の使用について、次のとおり変更したいので、許可して下さるよう申請します。 |
| 変更の内容 | 変更前 | 変更後 |
| 　 | 　 |
| 変更の理由 | 　 |
| ※許可・不許可区分　　　許可・不許可 | ※通知 | 年　　　月　　　日 |

　備考　※印の欄は、記入しないでください。