

※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

令和 年 月 日

石川県石川中央保健福祉センター 殿  
福祉相談部長

住所  
申請者  
名称及び代表者の氏名

(電話 )

令和 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、許可して下さいよう申請します。

	変更前	変更後
変更の内容		
変更の理由		
※許可・不許可区分  許 可・不 許 可	※通知	令和 年 月 日

備考 ※印の欄は、記入しないでください。