

利 用 料 金 減 額 申 請 書

令和 年 月 日

公益財団法人
鹿児島県民総合保健センター 理事長 殿

申請者 住所

氏名

県民健康プラザ健康増進センターの施設の利用料金の減額を受けたいので、次のとおり申請します。

利 用 目 的 及 び 内 容	
利用施設及び 利 用 期 間	1 健康科学教室 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	2 会 議 室 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	3 第 1 研修室 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	4 第 2 研修室 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	5 調理実習室 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	6 フィットネススタジオ 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	7 テニスコート 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
	8 多目的広場 年 月 日 時 分から 年 月 日 時 分
利 用 人 員	人（うち障害者 人 ・ 介護者 人）
減 額 を 申請する理由	
減 額 前 の 利 用 料 金	
減額する額	
利 用 料 金	
備 考	

注 1 該当する番号を○で囲むこと。
 2 ※印の欄は、記入しないこと。