第 14 号様式(第 10 条関係)

利 用 料 金 減 額 (免 除) 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

電話番号

〔法人その他の団体にあっては、名称及び代表者の氏名〕

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。
免除

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 ﾌｨｯﾄﾈｽｽﾀｼﾞｵ　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(免除)を 申請する理由	□ 鹿児島県県民健康プラザの設置及び管理に関する条例施行規則第 10 条第 1 項第 2 号による □ 〃 第 2 項第 2 号による
※減額(免除) 前の 利用料金	金　　円
※減額(免除)する額	金　　円
※利 用 料 金	金　　円
備　　考	

注　1　該当する番号を〇で囲むこと。
　　2　※印の欄は，記入しないこと。