

ステラマリスルームご利用申込書

太枠内部分にご記入のうえ、学校事務室まで FAX(078-801-5754)にてお申込み下さい。

尚、*印は必ずご記入下さい。

西暦 年 月 日

ふりがな	
*代表者ご氏名	卒業時のご氏名
コード番号 (できるだけご記入下さい)	
*ご卒業年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年
*ご連絡先 ご住所 〒	
電話番号 ()	携帯電話番号
メールアドレス	
*ご利用目的	
*ご利用希望日時 西暦 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日	
使用する設備 (必要な物に✓を入れ、椅子、長机は必要個数をご記入下さい) <input type="checkbox"/> 椅子 ()脚 <input type="checkbox"/> 長机 ()卓 <input type="checkbox"/> AV 機器 <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> グランドピアノ <input type="checkbox"/> ミニキッチン <input type="checkbox"/> 水屋 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> オーブンレンジ	
ご利用予定人数 ()名	

当日記入欄

鍵受取 ご署名	入室時間 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
鍵返却 ご署名	退室時間 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
ご利用人数 ()名	