

ステラマリスルーム申込書

このページを印刷し、太枠部分にご記入のうえ、学校事務室まで FAX (078-801-5754) 下さい。*印は必ずご記入下さい。

西暦 年 月 日

*代表者名		卒業時のお名前	
コード番号 (できるだけご記入下さい)			
*卒業年	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	年
*連絡先			
住所 〒			
電話		携帯	
メールアドレス			
*利用目的			
*申し込み日時			
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 (椅子、机は個数をその他必要な物にはチェックをお付け下さい)			
椅子	脚	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"/> オープンレンジ
予定利用人数			
人			
当日記入欄			
鍵受け取り署名		入室時間	
鍵返却署名		退室時間	
利用人数			