

施設等使用許可願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

(代表者)

所 属 保健医療学研究科

助産学専攻科

保健医療学部（ 学科）

学 年 年

学籍番号

氏 名

次のとおり施設を使用したいので、許可くださるようお願いします。

主 催 団 体 名	
使 用 施 設 名	
使 用 目 的	
使 用 日 時	月 日 時 分から 月 日 時 分まで
使 用 予 定 人 員	
使 用 設 備	
備 考	

注 学生団体が定期的に同一施設を使用したいときは、その旨を備考欄に記入すること。