

令和 年 月 日

沼田市保健福祉センター使用取消許可申請書

沼田市長 様

申請者 住所  
団体名  
代表者氏名  
電話番号

次のとおり使用の取消しをしたいので申請します。

使用許可年月日	令和 年 月 日	使用許可番号	
使用日時	令和 年 月 日( 曜日) 午 前 時 分から	後	
	令和 年 月 日( 曜日) 午 前 時 分まで	後	
行事名			
申請理由			
使用料	円		
使用料納入状況	全額 減額	要還付 円納入済 還付不要	減免 未納 無料

\*使用許可書を添付してください。