

クッキングスタジオ等使用承認申請書

(宛先) 金沢市企業局ガスショールーム施設管理者

①申込日	年 月 日	
②申込者	郵便番号	-
	住所	
	団体名	
	代表者名	
	担当名	
	連絡先Tel	
③使用施設	<input type="checkbox"/> クッキングスタジオ全面 <input type="checkbox"/> クッキングスタジオ多目的スペースのみ	
④使用日時	年 月 日 (曜日) 時から 時まで <small>※正時から正時までを区分とし、1時間単位で使用時間を記入</small>	
⑤使用人数	人	
⑥使用目的	<input type="checkbox"/> ガス機器を使った料理教室・調理体験 (企画書を添付)	
	教室名、内容等	
	参加料	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり (一人 円)
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的な内容を下記に記入のうえ、企画書を添付)	
	内容等	
	参加料	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり (一人 円)
⑦備え付け以外の設備持込	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (設備又は器具の種類及び内容を記載した仕様書を添付)	
⑧使用日当日責任者	氏名：	連絡先Tel：
	※当日の会場責任者名を記入	※当日連絡可能な携帯電話番号等を記入