（様式第１号）

令和　　年度 ボランティアルームカラーコピー機利用申請書

福井市社会福祉協議会ボランティアセンター　行

令和　　　年　　　月　　　日

【利用団体名】

|  |  |
| --- | --- |
| 利用団体名 |  |
| 代表者名 | 　　　 |

※印鑑は不要です。

【事務局連絡先】※福井市民福祉会館福祉関係ボランティア団体の登録申請時と同じ

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 自宅電話 |  | ＦＡＸ番　号 |  |
| 携帯電話 |  |
| Ｅメール |  |

**【利用料請求・領収等の窓口となる方の連絡先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 自宅電話 |  | ＦＡＸ番　号 |  |
| 携帯電話 |  |
| Ｅメール |  |

【福井市社会福祉協議会ボランティアセンター記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カラーコピー機・ＩＣカード番号 | № | 受取者 |  (VG) |