

20 年 月 日

申込者
(代表者)

ふりがな		ふりがな	
氏名または 団体の名称		代表者氏名	
住所	〒 -	通学先 (学生の方のみ)	
TEL	- -	FAX	- -
メールアドレス		生年月日	西暦 年 月 日

担当者が申込者（代表者）と異なる場合は下記情報をご記入ください。※ただし、同一団体に限りです。

担当者

ふりがな		メールアドレス	
氏名		TEL	- -
TEL	- -	FAX	- -

西神中央ホール 諸室の利用を、次のとおり申し込みます。

利用諸室

 スタジオ1 アートスペース 交流広場 ※選択（一体利用は2箇所選択）

利用内容

音響設備を使った
音出し

有 無

本番1回あたりの
予定入場者数

名

スタッフの
総人数

名

入場料等

有料 無料

施設予約システムの登録状況

登録済 (ID) 未登録 ※登録がまだの方は、本申込書の内容をもとに利用者登録いたします。

利用日

利用区分 ※選択

1日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

2日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

3日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

4日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

5日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

6日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

7日目

年 月 日 ()

全日 午前 午後 夜間

(備考欄)

本申込書の提出をもって、神戸市における暴力団の排除の推進に関する条例に基づき、神戸市契約事務等からの暴力団等の排除に関する要綱（平成22年5月26日市長決定）第5条各号に掲げる事項のいずれにも該当しないことを誓約し、またその事実確認のため申込者の個人情報警察等関係機関に提供される場合があることに同意したものとします。

本申込書を受領した後、請求書の発行をもって申込内容の確定とさせていただきます。
申込時点の空き状況で利用を確約するものではありませんのでご了承ください。

確認者

受付者

/

/

申込書提出先

西神中央ホール（指定管理者：株式会社シアターワークショップ）
FAX：078-995-5648 TEL：078-995-5638（電話受付時間：10:00～20:00）