|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新潟ユニゾンプラザ使用取消届出書  　　年　　月　　日 | | | |
| 新潟ユニゾンプラザ指定管理者  社会福祉法人新潟県社会福祉協議会  会　長　竹　内　希　六　　様 | | 〒　　　-  住所　 住所を入力してください。  氏名　 法人・団体名称、氏名を入力してください。  （代表者） 法人または団体にあっては代表者氏名を入力してください。　　㊞  電　　話　 - - 　ＦＡＸ　 - -  E－mail　 メールアドレスを入力してください。  担当者　 申込担当者の所属・氏名を入力してください。 | |
| 下記のとおり使用の取り消しをしたいので申し込みます。  記 | | | |
| 使用承認書番号 | 新ユニ承認　第　　　　号 | | |
| 催物・研修等の名称 | 催物・研修等の名称を入力してください。 | | |
| 使用年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 使用会場名 | 使用承認されている会場名を入力してください。 | | |
| 取消の内容 | 一部取り消し  全部取り消し | | （取消しする会場名を入力してください。） |
| 取消の理由 | 催事の中止  使用会場の変更  使用日の変更  その他（取消し理由を入力してください。） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 還付金振込  指定口座 | 金融機関名 | 金融機関名を入力してください。 | 種類を選択してください。 | 支 店 名 | 支店名を入力してください。 | | | | | | 本店  支店 | |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  | |  |
| (フリガナ) | フリガナを入力してください。 | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 口座名義人を入力してください。 | | | | | | | | | | |

注)　還付金は、銀行振込により指定口座へお振込みいたしますので、還付金振込指定口座欄に金融機関名等を入力し、押印してください。（押印は銀行の届出印鑑である必要はありません。）