|  |
| --- |
| 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。）