

※受付番号 _____	<h2 style="margin: 0;">厚生施設利用券</h2>	神戸学院大学					
施設名 _____ 様							
使用団体名 (_____)							
学籍番号 _____							
責任者氏名 _____							
下記の者が、貴厚生施設の利用をいたします。							
利用者氏名	学籍番号	泊数	補助金額	利用者氏名	学籍番号	泊数	補助金額
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
利用 年月日	年 月 日から (泊 日) 年 月 日まで			利用者 名			
年 月 日 神戸学院大学長 Ⓜ				※施設利用確認印 Ⓜ			

(注意)

- (1) 本券は、上記利用年月日に限り有効とする。
- (2) 学長印のないものは無効とする。
- (3) 利用者が、記載事項を無断で訂正した場合は無効とする。
- (4) 利用取消、又は変更する場合は、事前に厚生施設に連絡した後、学生支援センターで訂正印をもらうこと。
- (5) 本券は、厚生施設到着時に必ずフロントに提出すること。