|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号　　　－　　　　 | **厚生施設利用券** 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 |
|  |  |  | 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㊞ |