

サークル室使用願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

(代表者)

所 属 保健医療学研究科

保健医療学部（ 学科）

学 年 年

学籍番号

氏 名

次のとおりサークル室を使用したいので、承認して下さるようお願いいたします。

団 体 名	
使 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
団体構成員数	人
顧 問 教 職 員	氏名

注 顧問教職員に署名をもらうこと。