

年 月 日

学園施設等使用許可取消願

施設管理責任者 様

住 所 〒

団 体 名

使用責任者

連 絡 先 ()

年 月 日付申請書による貴学施設の使用を次のとおり取消願います。

使用取消 日時						
使用目的					人数	名
取消となる 施設	新潟薬科大学 (☐ 新津キャンパス ☐ 新津駅東キャンパス ☐ 西新潟中央病院キャンパス)					
	新潟工業短期大学 (☐ 新潟キャンパス)					
	新潟薬科大学附属医療技術専門学校 (☐ 新潟キャンパス)					
	施設 区分		室数		施設 名称 (任意)	
駐車場	☐ 有 ☐ 無	台数				
使用料	☐ 返還なし(未納・全額免除含む) ☐ 返還あり(管理責任者が認めた場合のみ)： 月 日納入済(円)					
使用料 返還先	金融機関名					
	支店名					
	預金種別	☐ 普通	☐ 当座	☐ その他()		
	口座番号(右詰め)					
	フリガナ					
	口座名義					
【備考】						

※ 受付 第 号

年 月 日

上記のとおり使用を取り消してよいでしょうか。

☐ 学校法人新潟科学技術学園施設等使用規程第 3 条第 3 項により使用料 円を返還します。

管理責任者 (学長・校長)	部長	課長	担当

法人本部事務局報告日： 月 日