|  |  |
| --- | --- |
| 承認欄 | |
| 事務局長 | 担当 |
|  |  |

送信日：令和　　年　　月　　日

品川区保護司会

更生保護サポートセンター事務局長殿

予約依頼者名

相談室の事前予約について（依頼）

更生保護サポートセンターの相談室を下記日程で使用を予定しています。

つきましては、相談室の予約をよろしくお願いいたします。

1. 日　時　　　　令和　　年　　月　　日（　　）

　　　　　　　　　　　時　　分　～　　　時　　分

1. 場　所　　　　更生保護サポートセンター　1Ｆ相談室
2. 使用人数　　　　　　　名程度
3. 使用目的
4. 使用者名
5. 連絡先（電話又は携帯番号）

更生保護サポートセンターFAX番号03-4285－0580