

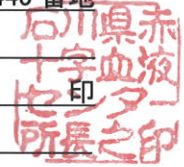
# 施設使用許可申請書

令和 8 年 4 月 3 0 日

石川県立盲学校長 様

(申請者)

住 所 石川県金沢市藤江北 4 丁目 445 番地  
団体等名 石川県赤十字血液センター  
代表者名 所 長 安 村 敏  
連絡先電話番号 0 7 6 - 2 5 4 - 6 3 7 2



次のとおり許可くださるよう申請します。

使 用 箇 所	正面校門前駐車場
使 用 目 的	献血
使 用 期 日 ( 期 間 )	令和 8 年 5 月 2 1 日 ( 木 ) ( 1 日 )
使 用 時 間	午前 8 時 3 0 分 ~ 午後 5 時
使 用 設 備 ・ 用 具	正面校門前駐車場
参 加 人 数	約 1 5 0 人
照 明 設 備 使 用 の 有 無	無
そ の 他	献血バスと検診用バスの 2 台が駐車いたします。 (添付写真の①赤塗の場所) また献血者来訪時の 駐車スペースについても借用したくお願いいた します。(添付写真の②赤枠の場所は前回使わせてい ただいた部分です。)

# 盲学校様への献血車駐車スペース及び献血者駐車スペースの位置お願いについて

