年　　月　　日

総 務 課 長 殿
教育支援課長 殿

施 錠 願

団体名		
代表者	学籍番号	
	氏名	

下記のとおり活動をおこないますので、教室の施錠をお願いいたします。

記

【活 動 内 容】

【施錠希望教室】

教 室	施 錠 期 間
	月　日 ～ 月　日
	月　日 ～ 月　日
	月　日 ～ 月　日

【施 錠 方 法】
（いずれかに〇をつける）

	施 錠 方 法
	警備員巡回時に施錠を行う（22時頃）
	正門警備室にて、代表者（本用紙記載者）が鍵の貸出を受ける （※鍵の受取時間:　　時　　分頃）
	その他:（　　）

【開 錠 方 法】
（いずれかに〇をつける）

	開 錠 方 法
	警備員巡回時に開錠を行う（6時頃）
	正門警備室にて、代表者（本用紙記載者）が鍵の貸出を受ける （※鍵の受取時間:　　時　　分頃）
	その他:（　　）

≪注意事項≫
・鍵の貸出を受けた場合、施・開錠作業後にすみやかに警備室に鍵の返却をおこなうこと。
・すべての教室が施錠できるわけではありません。事前に教育支援課に相談して下さい。
・その他（　　）

総務課			教育支援課			許可印