

旭ろうさい病院登録医等施設利用申請書

旭ろうさい病院長 様

(申請者)

住 所

医療機関名

登録医等氏名

登録医番号

下記のとおり、病院の施設を利用したいので、申請します。

記

利用日時		前		前						
年	月	日	午	時から	年	月	日	午	時まで	
		後						後		
事業の名称、利用目的										参加予定人数 人
() 一										
利用責任者の所属、氏名及び電話										
() 一										
利用場所										
<input type="checkbox"/> 講義室 <input type="checkbox"/> 研究室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 会議室 (501.502.503)										

※□にレ印を記入してください。

※利用者（主催者側）の名簿（医療機関名、所属、氏名）を添付してください。