

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
年 月 日 午前 時から 年 月 日 午前 時まで 午後 午後
事業の名称、利用目的
参加予定人数 人
利用責任者の所属、氏名及び電話
( ) -
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。