

様式 2

医療研修センター備品等の貸出に関する申請書

	申請年月日	年	月	日			
利用年月日	年	月	日	～	年	月	日
利用時間（準備片づけを含む）	時	分	～	時	分		
実際の開催時間	時	分	～	時	分		
利用希望機器							
利用責任者名	印						
利用責任者の所属	T E L （ ） － F A X （ ） － E-mail:						
利用目的							
参加予定人数	人						

●申請書は、使用希望日の1週間前までに企画管理グループまでFAX（0868-21-8200）してください。

●ご希望の日時にご利用いただけない場合もありますのでご了承ください。

年 月 日

上記機器の持ち出し使用を許可します。

津山中央病院 病院長 印

使用料	円
-----	---

注意事項

●この許可書を持って、利用日の前営業日までに企画管理グループまで料金をお支払い下さい。

●領収確認印の無いものは無効です。

●シミュレータは非常に高価な機器なので、取り扱いには十分ご注意ください。

●破損、紛失などの場合は、弁償していただきます。

領収確認