

様式 1

医療研修センター利用申請書・許可書

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
利用希望施設	<input type="checkbox"/> 講義室 1 時間につき 4,000 円 <input type="checkbox"/> トレーニング室 1 時間につき 4,000 円 <input type="checkbox"/> カンファレンス室 1 時間につき 1,000 円 <input type="checkbox"/> ミーティング室 1 時間につき 1,000 円
利用責任者名	印
利用責任者の所属	TEL () - FAX () - E-mail:
利用目的	
参加予定人数	人
利用希望機器	
利用希望什器・設備	

●利用申請書は、利用希望日の 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

上記施設・設備の利用を許可します。

津山中央病院 病院長 印

利用料	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。
- 当日は、この許可書を防災センターへ出し、鍵を受け取ってください。
- 準備、片付けは使用者が責任を持ってやることとし、最後は現状復帰をした上でお帰りください。
- 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