

地域医療教育研修センターゲストルーム使用申込書

山口大学医学部附属病院長 殿

申請日：平成 年 月 日

現住所 〒 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

地域医療教育研修センターゲストルームを使用したいので許可願います。
 使用については、関係規則の規定及び指示に反しないことを誓約します。

※本使用申込書の個人情報は、地域医療教育研修センター管理運営のために使用します。

| | |
|------|---|
| 使用期間 | 自 年 月 日 午後 4時から 至 年 月 日 午前10時まで (泊) |
| 使用理由 | |
| 備考 | |

.....

許 可 書

| | |
|------|---|
| 使用期間 | 自 年 月 日 午後 4時から 至 年 月 日 午前10時まで (泊) |
| 使用理由 | |
| 備考 | |

上記のとおり許可されましたので通知します。

殿

山口大学医学部附属病院長 印