事務担当記入欄 (研修医記入不要)	山口大学プログラム所属 □所属(予定含む) ・□無所属			□ 新規 □ 更新
備考				
所属	家具の有無	使用料	管理料	※ 受付番号
□ 山大雇用	家具付き	0	8000	
□ 山大雇用	家具無し	0	5000	
□ 学外雇用	家具付き	8580	8000	
□ 学外雇用	家具無し	8580	5000	

様式第３号

地域医療教育研修センター　ｹﾞｽﾄﾙｰﾑ・研修室　使用申請書

山口大学医学部附属病院長　殿

申請日：　　年　　月　　日

現 住 所　〒

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　　名

身　　分　□初期研修医・□その他(　　)

生年月日　　年　　月　　日　性別　□男・□女

電話番号

メールアドレス

地域医療教育研修センターを使用したいので申請します。

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。

希望使用施設 ※いずれか☑	□ ゲストルーム ※日額 2,000 円で光熱水費含む	□ 研修室 ※使用費用無料
希望使用期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ※荷物の搬出入を含め、当該施設を占有する予定期間を記載ください		
使用希望理由		

※ 本申請書の個人情報は、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。

----------＜以下、申請者は記入不要＞----------

使　用　許　可　書

＊受付番号

申請者に対し、下記のとおり地域医療教育研修センターの使用を許可します。

年　　月　　日

山口大学医学部附属病院長（公印省略）

記

許可施設	□ ゲストルーム（□①・□②） □ 研修室	許可期間	年　　月　　日 ～ 年　　月　　日
		※使用期間の変更には再申請が必要です	
使用費用	円		
備考			