

入室申請書

山口大学医学部附属病院長 殿

申請日：平成 年 月 日

現住所 〒
フリガナ
氏名
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に入室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。

申請の理由（病院名・プログラム等）	
希望入室期間	年 月 日から 年 月 日
その他希望戸番等	NTT 電話回線を希望 する・しない ※インターネット回線のことではありません。

※ 本入室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。

入室許可書

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入室を許可します。

平成 年 月 日

山口大学医学部附属病院長 印

記

戸番		所在地	〒 755-0068 宇部市東小串1丁目1番29号
入室日	年 月 日	諸条件	自習室使用料 月額 円
退室予定日	年 月 日		受益者負担金 月額 円
備考			