

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 <input type="checkbox"/> 所属(予定含む)・ <input type="checkbox"/> 無所属		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
備考				
所属	家具の有無	使用料	管理料	※ 受付番号
<input type="checkbox"/> 山大雇用	家具付き	0	8000	
<input type="checkbox"/> 山大雇用	家具無し	0	5000	
<input type="checkbox"/> 学外雇用	家具付き	8580	8000	
<input type="checkbox"/> 学外雇用	家具無し	8580	5000	

様式第1号

## 地域医療教育研修センター 研修生自習室 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。

プログラム期間	年 月 日 ~ 年 月 日
家具付きの部屋	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(家具なし) <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※家具付きは数に限りがあるため希望に添えない場合があります
備考	

※ 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	<input type="checkbox"/> 研修生自習室 戸番 _____	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	
備考			