

事務部長	事務副部長	事務課長 (代理)	合議	係

施設利用許可申請書

申請日： 年 月 日

網走厚生病院長 殿

申請者情報： _____

企業団体名： _____

担当者名： _____

担当者携帯： _____

メールアドレス： _____

下記の通り、貴施設を利用したく申請いたします。

A	利用日時(第1希望)	年 月 日 時 分 ~ 時 分
B	利用日時(第2希望)	年 月 日 時 分 ~ 時 分
C	利用日時(第3希望)	年 月 日 時 分 ~ 時 分
D	利用施設 ()内は税抜金額	<input type="checkbox"/> 医局カンファレンス室(無料) <input type="checkbox"/> 講 堂(5,000円/時間) <input type="checkbox"/> 会議室(2,000円/時間) <input type="checkbox"/> 駐車料金認証機(9時間超過後100円/時間 1台あたり) <input type="checkbox"/> その他()
E	利用目的	<input type="checkbox"/> 会議・打合せ <input type="checkbox"/> WEB講演会 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他()
F	利用内容	
G	利用責任者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> ()
H	利用人数	名 (うち網走厚生病院従業員 名)
I	備 考	

注1：申請は、利用予定日の2ヶ月前の午前9時から前日午後3時まで総務課で受け付けております。

注2：この申請を提出するに当たり、当病院の規程に同意したものとみなします。各規程を閲覧希望される方は、総務課までお問合せください。