

施設共同利用申請書

年 月 日

大崎市民病院院長 様

登録医療機関名 _____

登録医師名 _____ (印)

電話番号 _____

次の通り大崎市民病院の施設を利用することを申請します。

利用を希望する施設

施設	<input type="checkbox"/> 研究室 <input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 手術室
利用目的	
利用人員	名（予定）
利用希望日	第1希望 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分 第2希望 年 月 日（ ） 時 分～ 時 分
備考	※利用希望日はあらかじめ余裕をもって申請ください(2週間前くらい前)。

※処理欄

※欄は記入しないでください。