必要事項を記入し、地域医療部へＦＡＸしてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　　（０７６６）２３－０２３７

年　月　日

高岡市民病院長　　様

登録医療機関の所在地

登録医療機関名

登録医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

施設利用申請書（地域医療支援病院承認に伴うもの）

以下のとおり高岡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

|  |
| --- |
| * 図書室 * 実習・研究室（テーブル１、いす１～２） * 第３会議室（３１．５１㎡、テーブル４、いす１２） * 第４会議室（３４．３９㎡、テーブル６、いす１８） * その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

利用目的

|  |
| --- |
|  |

利用希望日

|  |
| --- |
| 第１希望　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　　　　時～　　　　時　予定  第２希望　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　　　　時～　　　　時　予定 |

注意事項

・図書室の利用時間は、月曜日から金曜日まで　8：30～20：00とする。

・研究室、会議室の利用時間は、月曜日から金曜日まで、原則として　17：30～20：00とする。

※担当部署処理欄

※欄は記入しないでください。