

(様式1)

地域医療研修センター利用許可申請書

許可
 不許可

<p>(管理者) 独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター 院長 奥村修一殿</p> <p>(利用責任者) 住所 氏名 ⑩</p> <p>地域医療研修センターを、下記により利用したいので許可願います。</p>	
1 日時	平成 年 月 日(曜日) 自 時 分から 至 時 分まで
2 場所	地域研修室(1) <input type="checkbox"/> 会議室(1) <input type="checkbox"/> 地域研修室(2) <input type="checkbox"/> 会議室(2) <input type="checkbox"/> 地域研修室(3) <input type="checkbox"/> 会議室(3) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>
3 目的	
4 参加人員	名
5 使用機器名	
6 その他参考事項	

利用後の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	巡視確認	
--------	--	------	--

※ 電話 078-791-0111
FAX 078-791-5213