

(様式1)

院 長	副院長	研修センター長	事務部長	管理課長	庶務班長	庶務係長	係 員	庶務係受付
								令和 年 月 日

地域医療研修センター利用許可申請書

- 許 可
 不許可

(庁舎管理者) 独立行政法人国立病院機構神戸医療センター 院長 宇 野 耕 吉 殿 (利用責任者) 住 所 所属機関名 氏 名 ㊟ 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。	
1 日 時	令和 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	
--------	--	------	--