岩国市医師会施設使用申請書

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　岩国市医師会

会長　小林　元壯　様

住　所

申請者　団体名

電話番号

下記のとおり、岩国市医師会の施設の使用を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用施設 | □　講堂（全面・半面）　□　研修室（全面・半面）　　　□　会議室 | | |
| 使用日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）  講　堂　午前・午後　　時　　分　から　午前・午後　　時　　分　まで  研修室　午前・午後　　時　　分　から　午前・午後　　時　　分　まで  会議室　午前・午後　　時　　分　から　午前・午後　　時　　分　まで | | |
| 使用目的 | 〔行事名〕  〔主催または共催団体名〕  〔後援団体名〕  〔趣旨及び目的〕  〔開催時間〕  午前・午後　　　時　　　分　から　午前・午後　　　時　　　分　まで | | |
| 使用人数 | 名 | 駐 車 券 | 要　　・　　不要 |
| 日医生涯教育制度  単位・ＣＣ | 日医生涯教育制単位・カリキュラムコード取得 | | 有　　・　　 無 |
| ※ありを選択した場合は、日本医師会生涯教育制度on-lineまたは岩国市医師会ホームページより取得方法をご確認の上、単位およびカリキュラムコードを設定してください。  単位　　　　単位　カリキュラムコード　　　　 ・ 　　　 ・ 　　　・ | | |
| 代表責任者 | 〔氏名〕　　　　　　　　　　　　〔医療機関名〕 | | |
| 使用責任者 | 〔氏名〕　　　　　　　　　　　　〔連絡先〕 | | |
| 同意確認 | 施設利用案内の内容を確認した上で、施設利用について同意いたします。  令和　　　年　　　月　　　日　　〔氏名〕(自署) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用施設 | 使用時間 | | | 基本料金 | 追加料金 | | 消費税 |
| 講　堂 | : ‐ : | | 時間 |  |  | |  |
| 研修室 | : ‐ : | | 時間 |  |  | |  |
| 会議室 | : ‐ : | | 時間 |  |  | |  |
| 徴収金額合計 | | | | 円 | | | |
| 支払方法 | | 振込・現金 | | 領収日 | |  | |

岩国市医師会事務局記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務長 | 担当者 | 受付番号 |
|  |  |  |