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　元壮　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)		

岩国市医師会事務局記入欄

事務長	担当者	受付番号

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		