

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 大島 眞理 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			