

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 | <input type="checkbox"/> 講堂 (全面・半面) <input type="checkbox"/> 研修室 (全面・半面) <input type="checkbox"/> 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 | | |