

会議室等使用申請書兼許可書

筑後市立病院 院長 殿

申込先：総務課 庶務係
 F A X：0942-53-7515
 メール：info@chikugocity-hp.jp

※太枠内をご記入下さい。

申請日	年		月		日							
申請者名 (団体名又は名称)												
担当者氏名 (連絡先)						電 話：						
						携 帯：						
						F A X：						
住 所												
使用日時	年		月		日		:		~		:	
使用目的												
使用場所						使用人数						
申請者の同意	別紙手引きの内容について厳守することを誓う方は隣の欄に✓をお願いします。											
回答について (チェック(✓)し、記入)	メール					F A X						
	アドレス:					FAX:						

【以下 当院記入欄】

使用許可番号： 筑市病 第 号

上記申請のとおり、使用許可します。但し、注意事項等を遵守すること。

年 月 日

筑後市立病院 病院長

【備考：許可条件等】