

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： 総務企画課
 F A X： 0 9 4 2 - 5 3 - 7 5 1 1
 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 | 人 |
| 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 院長

【備考：許可条件等】