別紙１

月 日	院長	事務部長	看護部長	総務課長	係長	係員
	下記につき、使用を許可してよろしいか伺います。					

益田赤十字病院　院内施設使用申請書

申込年月日　　令和　　年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 所 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

責任者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

担当者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連　絡　先　　ＴＥＬ：

E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

益田赤十字病院の施設を下記のとおり使用させていただきますよう申請します。
なお、施設内の備品等を破損した場合は実費弁償いたします。

記

使用年月日時間　　令和　　年　　月　　日　（　　曜日）
　　時　　分　～　　時　　分

使 用 場 所　　講堂　/　会議室　１・２　/　会議室３
研修室１　/　研修室２　/　その他＿＿＿＿＿＿　※使用場所を〇で囲む

使 用 目 的 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用対象者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
参 加 人 数 ＿＿＿＿＿＿＿＿名

使 用 器 材
- □ プロジェクター　□ マイク　□ 冷暖房
- □ スクリーン　□ マイクスタンド　□ DVD プレーヤー
- □ パソコン　□ ビデオ　□ 立て看板
- □ その他（　　）

※各部屋の管理運営上支障があると思われる場合、使用を許可できない場合がありますのであらかじめご了承願います。

※使用機材の動作確認は平日日中 8：30～17：00 に総務課へお問合せください。
時間外は対応しかねますのでご了承願います。