

事務部長	総務課長	経理担当者	総務課員

会議室等使用許可申請書

令和 年 月 日

原町赤十字病院

院長 内田 信之 様

申請者 住所 _____

商号・団体名 _____

担当者氏名 _____ 印

TEL _____

原町赤十字病院の会議室の使用について、次の通り申請します。

使用場所	<input type="checkbox"/> 大会議室 <input type="checkbox"/> 中会議室 <input type="checkbox"/> その他()
使用日時	令和 年 月 日 時 分から _____ 時 分まで
使用目的	
対象者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> コメディカル <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他()
使用人数	_____ 人
音響設備	<input type="checkbox"/> マイク(_____ 本) <input type="checkbox"/> ピンマイク
O A 設備	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> VHS <input type="checkbox"/> CD
その他設備	<input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 机・イス <input type="checkbox"/> その他()
搬入機材	
備考	事務担当：請求書発行 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ※請求書発行時はコピーを経理へ
病院担当部署	医師に依頼してある場合は医師名を記入してください。

※会議、講習会等の場合、資料を添付すること

原町赤十字病院会議室の使用について、上記申請を許可します。

令和 年 月 日 原町赤十字病院 院長 内田 信之