別紙１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | * 大会議室　　□　中会議室　　□　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 | * 医師　□ 看護師　□ コメディカル　□ 事務職員　□ その他（　　　　　　　） |
| 使用人数 | 人 |
| 音響設備 | * マイク(　　　本)　　　□　ピンマイク |
| OA設備 | * DVD　　□　プロジェクター　　□　VHS　　□　CD |
| その他設備 | * スクリーン　□　ホワイトボード　□　机・イス　□　その他（　　　　　　　） |
| 搬入機材 |  |
| 備考 | 事務担当：請求書発行　済□　未□　※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