

施設使用許可願

医療法人社団まりも会
理事長 平松 廣夫 殿

申込人 郵便番号
住所(所在地)
氏名(名称)
代表者 (印)
(役職・氏名)

医療法人社団まりも会ヒロシマ平松病院及び関連施設を使用したく、下記の者について、施設使用許可証の発行をお願いします。なお、施設使用にあたり、医療法人社団まりも会施設管理規程を熟知のうえ、遵守することを誓約いたします。

1. 施設使用日時 令和 年 月 日() 記 時 分～ 時 分

2. 施設使用場所 ()

3. 施設使用目的

()

4. 施設使用者名簿

整理 番号	ふりがな	住所	所属
	氏名		
	生年月日		
1 担当者		連絡先 (TEL)	連絡先 (TEL)
2		連絡先 (TEL)	連絡先 (TEL)
3		連絡先 (TEL)	連絡先 (TEL)
4		連絡先 (TEL)	連絡先 (TEL)

※名簿への記入は、名刺の提出に替えても差し支えないものとする。