様式第５号（第７条関係）

豊川市民病院登録医等施設利用申請書

令和　　年　　月　　日

豊川市民病院長　様

（申請者）

住　　　所

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　登録医等氏名

登録医番号

　下記のとおり、病院の施設を利用したいので、申請します。

記

|  |
| --- |
| 利用日時　　　　　　　　　　　前　　　　　　　　　　　　　　　　　前　　年　　月　　日　午　　　時から　　　年　　月　　日　午　　　時まで　　　　　　　　　　　後　　　　　　　　　　　　　　　　　後 |
| 事業の名称、利用目的参加予定人数　　　人 |
| 利用責任者の所属、氏名及び電話　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　　　－ |
| 利用場所□講堂１　　　　　　　　□講堂２　　　　　　　　□講堂３ |

※□にレ印を記入してください。

※利用者（主催者側）の名簿（医療機関名、所属、氏名）を添付してください。