第　　号様式

施設使用許可願

　　令和　　年　　月　　日

中部地区医師会立

ぐしかわ看護専門学校長　殿

団 体 名：

代表者名：

責任者名：　　　　　　　　　　　　印

連 絡 先：

下記の目的により、施設使用を許可して下さるようお願いします。

※使用場所に◯をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用場所 | 駐車場　　講堂　　視聴覚教室　　情報処理室　　看護スキルラボセミナー室（　1　2　3　4　5　6　7　8　）　　研修室　　研究室（　基礎　成人・老年　母性・小児　在宅　）看護実習講義室（　1　2　3　4　5　6　）　　学生相談室（　1F　2F　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用日時 | 年　 　月　 　日　 　時 ～　　 　 年　　 月　　 日　 　時まで |
| 使用目的 |  |
| 使用備品 |  |
| その他 |  |
| 使用料 | \ |

※場合により、使用料を徴収する場合がございますので、施設使用許可願を提出する前に

　ご確認ください。

　また、消耗品等は持参ください。

|  |
| --- |
| 事務部長 |
| 印 |