

施設・設備共同利用申請書

年（令和 年） 月 日

福山市民病院長 様

登録医療機関名 _____

登録医師名前 _____

電話番号 _____

つぎのとおり福山市民病院の施設・設備を利用することを申請します。

利用を希望する施設・設備

【施設】			
<input type="checkbox"/> 講堂		<input type="checkbox"/> ホール コア	
<input type="checkbox"/> 図書室		<input type="checkbox"/> 手術室	
<input type="checkbox"/> 医薬品情報管理室			
<input type="checkbox"/> OA 研修室		<input type="checkbox"/> シュミレーション室	
<input type="checkbox"/> その他			
()			
【医療機器】			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> PET-CT	
<input type="checkbox"/> その他			
()			
【利用月日】	年	月	日 (曜日)
【利用時間】	:	~	:
備考			

※ 処理欄 承認月日	カード <input type="checkbox"/> 準備済	部門連絡 <input type="checkbox"/> 済	承認印
---------------	-------------------------------------	------------------------------------	-----

※欄は記入しないでください。