

神戸市立医療センター西市民病院連携医 施設等共同利用申請書

申請月日	令和 年 月 日	連携医療 機関名				
住 所						
医師名				連絡先		
使用施設	<input type="checkbox"/> 会議室 (会議室 1 ・ 会議室 2 ・ 講義室) <input type="checkbox"/> その他 () * 医薬品情報管理室等					
使用日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分					
使用目的	(予定参加者数 :)					
その他						
病院 処理欄	上記申請による施設利用を許可します。	地域医療部長	地域医療在宅 支援室長	地域医療推進 係長	担 当	
	令和 年 月 日 神戸市立医療センター西市民病院 地域医療在宅支援室					

(駐車券利用有)

注) 会議室使用の場合は、会議に出席する当院の名前・所属等を記入願います。