

釧路労災病院会議室利用申請書

（利用者）

医療機関名

担当者名

電話：（ ） —

利用年月日	令和 年 月 日（ ）
利用時間	自 時 分 ～ 至 時 分
利用会議室	講堂 ・ 大会議室 ・ 中会議室（○で記してください）
利用目的	（例）院内勉強会のため
利用人数	名
備考	

ご案内

- ・利用される機器、備品等はお申し込み受付後、確認させていただきます。
- ・会議室利用を取り消される場合は、必ずご連絡願います。
- ・利用目的によっては、お申し込みをお断りする場合もございますので、ご了承ください。

※下記については、当院で記入し、返送いたします。当日、担当者へお渡しください。

会議室利用受付証

お申し込みのありました内容について、受付いたしました。

受付日：令和 年 月 日 担当者：地域医療連携室（ 印 ）

代表0154-22-7191 内線：2151・2182

当日、上記担当者が、会場へご案内いたします。

時 分までに1階地域医療連携総合センターへお越しください。