

設 備 使 用 願

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校
学 校 長 殿

使用責任者 _____

所 属 _____

下記の通り、設備を使用したいのでお願いいたします。

記

1. 使用目的

2. 使用場所

3. 使用物品

4. 使用人数

5. 使用日時 令和 年 月 日 () 時 分より

令和 年 月 日 () 時 分まで

【お願い】 1. 物品を破損、紛失した場合は弁償していただきます。

2. 使用に際しての準備、後始末につきましては、各使用者でお願いいたします。