

センター長	センター 教員	係 員

事務支援センター

臨床医学教育研究センター使用許可申請書

平成 年 月 日

熊本大学大学院生命科学研究部
附属臨床医学教育研究センター長 殿

使用者 所 属
職 種
責 任 者
担 当 者
連絡先 TEL

印

下記のとおり使用したいので、申請します。使用に際しましては、使用者の遵守事項（別項参照）を守ります。

記

- 使用目的
- 使用場所 1階奥窪記念ホール 2階チュートリアル室（使用部屋番号 ）
3階チュートリアル室（使用部屋番号 ）
※使用場所に印をお願いします。
- 使用日時 平成 年 月 日（ ） 時 分 ～
平成 年 月 日（ ） 時 分
- 使用者数 計 名
- その他の事項

臨床医学教育研究センター使用許可書

平成 年 月 日

使用者所属氏名

殿

熊本大学大学院生命科学研究部
附属臨床医学教育研究センター長

平成 年 月 日貴殿より使用許可申請の件は下記により許可します。

記

- 使用場所 1階奥窪記念ホール 2階チュートリアル室（使用部屋番号 ）
3階チュートリアル室（使用部屋番号 ）
- 使用目的
- 使用日時 平成 年 月 日（ ）～平成 年 月 日（ ）
時 分～ 時 分
- 使用上の注意
(イ) 使用者は管理者の指示に従い、使用者の遵守事項（別項参照）を守ること。
(ロ) 物件の滅失又はき損に注意し、特に火災防止に留意すること。
(ハ) 使用終了に際しては清掃、整頓を行い担当部署の立会いを求め引継をすること。