

病院長	センター長	総務課長	総務課 総括主査	卒後臨床研修 担当主査	担 当

平成 年 月 日

秋田大学医学部附属病院長 殿

団 体 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

秋田大学医学部附属病院シミュレーション教育センターにおける  
施設の使用について（依頼）

このたび、下記のとおり施設を使用させていただきたく、ここにお願い申し上げます。

#### 記

#### 1、施設を使用する理由※

- ・ 目的
- ・ 参加対象、人数
- ・ 内容など

#### 2、使用する日時

#### 3、使用する部屋名称

#### 4、本件に関する連絡担当者

(部署名) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_ 連絡先 (Tel \_\_\_\_\_ )

#### 5、その他（備考）

※ 全体の内容、スケジュールなど概要がわかる実施要綱、チラシ、パンフレットなどを添付してください。

[提出先] 秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター