

# スキルズラボ利用申請書

平成 年 月 日

スキルズラボ管理者 殿

所属

利用者 住所 〒

TEL

責任者 職名 氏名

印

スキルズラボの使用について下記により許可くださるようお願いいたします。

なお、使用にあたってはスキルズラボ利用規程を遵守いたします。

- 備品の使用に関しては使用者が責任を持つ
- 使用した備品に不具合があった場合、または紛失した場合、もしくは破損させた場合には速やかに管理人に連絡をしなければならない
- 使用者が故意または過失により備品を破損させた場合にはその原状回復に必要な費用を賠償しなければならない

上記の内容に付き了解いただいた場合にはそれぞれの項目のチェック欄にチェックをお願い致します

## 記

使用日時	平成 年 月 日 曜日 ( 時 分 ~ 時 分) (注) 利用日が複数ある場合には、下記の特記事項欄に記入してください。
使用目的 使用理由	
使用人数	名、内訳 (医療職員 名、学生 名、その他 名)
使用物品 (注)できるだけ詳しく	
特記事項 (複数利用日等)	
申込者	氏名: 所属: 連絡先:TEL Eメールアドレス

(注) 利用者は原則として利用日の7日前までに、利用申請書を管理人に提出してください。