

別記様式第5号（第9条関係）

宿 泊 許 可 申 請 書

年 月 日

自治医科大学附属病院  
事務部長 殿

所 属 看護師特定行為研修センター  
職 名 研修責任者  
氏 名 里光やよい ⑩

下記のとおり看護師宿舎（ 号室）に宿泊したい（させたい）ので、許可くださるよう申請いたします。

なお、火災予防及び備品類の使用には充分注意いたします。

記

同 宿 者 氏 名		続 柄	
宿 泊 者 氏 名 *学外者は勤務 先名、電話番号	氏 名		
	☎		
宿 泊 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
宿 泊 日 数	泊 日		
宿 泊 事 由			
連 絡 先			

年 月 日

申請者

様

自治医科大学附属病院  
事務部長

宿泊許可の決定について

平成 年 月 日付で提出のあった宿泊許可申請については、次のとおり決定します。

許可する ・ 許可しない  
( 号室)