看護研修センター使用申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 使用年月日 | 　　　年　　　月　　　日（　　）　　　：　　　～　　　： |
| 会議・団体名 |  | 使用人員　　　　　　　名 |
| 申込者連絡先 | 氏名： | 施設名： |
| 住所： | TEL： | FAX： |
| 使用希望室名および時間帯に○をする |
| **室　名** | **9:00～12:00** | **13:00～16:00** | **全　日** | **配　置** |
| **3F　大研修室** |  |  |  | ・スクール形式・□の字形式 |
| **2F　中研修室** | 半分 | 全室 | 半分 | 全室 | 半分 | 全室 | ・スクール形式・□の字形式 |
| **2F　会議室1** |  |  |  |  |
| **2F　会議室2** |  |  |  |
| **2F　講師室** |  |  |  |
| **3F　会議室** |  |  |  |
| ※備　　考 |  |

* 看護協会記入欄

注意

* 使用の申込はご使用日の１ヶ月前より受付致します。事前にお電話の上使用可能であることを確認し、お申込下さい。

（１ヶ月以上前の申し込みは受付け出来ませんのでご了承下さい。）

* 会場には駐車スペースがありません。**必ず公共の交通機関をご利用ください。**

また、県立がんセンター新潟病院の駐車場の利用はできませんのでご承知下さい。

* 申込の取消は、使用日の一週間前からキャンセル料が発生します。

当日におけるキャンセルは使用料の全額、それ以外は使用料の５０％をキャンセル料として納入して頂きます。

* 使用時間を明確に記載されるようお願いします。
* 使用した設備・備品の棄損または不具合があったときは、必ず申し出てください。
* 使用料金額は、別紙のとおりです。