

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け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いたします。
- ・ 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。