

| 病 院 長 | センター長 | 総務課長 | 総務課<br>総括主査 | 卒後臨床研修<br>担当主査 | 担 当 |
|-------|-------|------|-------------|----------------|-----|
|       |       |      |             |                |     |

令和      年      月      日

秋田大学医学部附属病院長 殿

団 体 名

代 表 者 名

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）

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   |  |
| 利用予定人数 |  |
| 実施内容   |  |

※実施内容、当日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。

#### 2、使用日時

令和      年      月      日（      ）      ：      ～      ：

#### 3、使用する部屋

#### 4、その他（備考）

[提出先]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  
※本様式と併せて、「施設利用願」もご提出ください。