宿 泊 申 込 書

※ 太枠の中を記入して下さい。

１．宿泊数及び宿泊期間

宿　　泊　　数	入居日 及び 退去日	
泊　　日	入居日	年　　月　　日
	退去日	年　　月　　日

２．研修会等の名称及び期間

研 修 名	研修期間	
学外臨床実習	年　　月　　日	から
	年　　月　　日	から

上記のとおり国立病院機構兵庫中央病院学生宿舎に宿泊したいので申込みます。なお、宿舎の利用にあたっては、宿舎規則及び職員の指示に反しないことを誓約します。

３．宿泊者氏名等（代表者）

申込年月日	年　　月　　日	
所　　属	施設等名	
	学年	
フリガナ	（氏名の後に捺印必要）	性別
氏　　名		
フリガナ		
住　　所	〒	
電話番号	施設先（含む内線）	
	自　宅	
	携　帯	

独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院長　　殿

◎送付先
独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院管理課庶務係
※　宿泊を受付けた場合、特に連絡は致しません。宿泊希望者が多く宿泊を受付けられない場合は、別途、電話等により連絡致します。
※　研修主催者から別に指示があった場合は、その指示に従って送付等して下さい。
◎留意事項
１）１室を複数人で利用して頂く事もありますが、その際の割振りは当方に一任願います。
２）食事の提供は致しておりません。
３）宿泊料（光熱水料等含む）として１日につき1,100円（税込）が必要です。
（研修費代１日2,200円は別）
４）宿泊付帯設備が故意により破損した場合は原状復旧していただきます。（襖等の破れ等）
５）宿泊料の支払いについても実習費と同様の時期に支払いが必要です。
６）寝具が必要な場合は「キンキ寝具」（06-6327-7721）にご連絡ください。料金は一泊1,000円程度。
７）ゴミは可燃物が火、金、不燃物が第２・第４水、ビンが第３木、ペットボトルが第１水曜日となっていますので、決められた場所に捨ててください。
８）車は宿舎駐車場には駐車しないでください。病院敷地内の駐車場に駐車してください。