



神戸医師協同組合 宛 (FAX : 078-231-0910)

申込日 年 月 日

以下の必要事項をご記入ください。

| | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------------|--------------|
| 医 院 名 | | | |
| 医 院 所 在 地 | 〒 | | |
| 組 合 員 名 | | 代 表 者 名 | |
| お 電 話 番 号 | | F A X 番 号 | |
| メールアドレス | @ | | |
| 当組合の組合員 ですか？ | 組合員 ・ 非組合員 | 当組合への加入を 希望しますか？ | 希望する ・ 希望しない |
| ご 利 用 目 的 | 研修 ・ セミナー ・ 会議 ・ その他 () | | |

ひょうごドクターズサロン利用規程に従い下記の通り申し込みます。
利用にあたっては、神戸医師協同組合及び自治体の感染症対策ガイドラインを厳守いたします。
会場使用に関する事故、損害等については、一切貴組合にご迷惑をかけません。

| 利用日時 | ご予約日 | 9~12時 | 13~17時 | 18~20時 | 備考 |
|-------------|---------------------------|-------|--------|--------|----|
| | 年 月 日 | 午前 | 午後 | 夜間 | |
| | 年 月 日 | 午前 | 午後 | 夜間 | |
| | 年 月 日 | 午前 | 午後 | 夜間 | |
| | 年 月 日 | 午前 | 午後 | 夜間 | |
| 延長の場合 : ~ : | | | | | |
| 備品 | 品名 | | | | 数量 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 備考 | (ご質問・ご要望などございましたら記入ください。) | | | | |

※当組合記入欄

| | | | | |
|-----|---|-----|-------|---|
| 料 金 | 円 | 領 収 | 年 月 日 | 印 |
| | 円 | | 年 月 日 | 印 |

« 注意事項 »

- ※利用時間には、準備及び後片付けの時間を含みます。
- ※お支払はご利用日の2週間前までに全額を指定口座にお振込みください。
- ※ご利用者の責により、施設・設備・備品等を汚損・紛失した場合、又は事故を起こした場合は、損害の賠償をさせていただきます。
- ※会場の申し込みを取り消された場合、2週間前よりキャンセル料として使用料金の半額をいただきます。
ただし、前日・当日のキャンセルは利用料金の全額をいただきます。
備品については、前日・当日のキャンセルは利用料金の全額をご請求いたします。
- ※非常口や消火栓など防火設備の前に物を置かないでください。万一置かれていた場合には即時撤去を行います。