（様式4）

施設・設備共同利用申請書

年　　月　　日

愛媛県立中央病院
地域医療連携室　行

登録医療機関名	
登録医師氏名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	

下記の通り愛媛県立中央病院の施設・設備を利用することを申請します。

施設	□講堂　□図書室　□医薬品情報管理室 □その他（　　）
利用目的	
利用日時	年　　月　　日
備考	

※　医療機器の共同利用については、紹介状・診療情報提供書兼共同利用申請書をご使用ください。
※　施設の空き状況により、ご希望に添えない場合があります。
※　講堂の予約は、利用希望日の14日前より受け付けます。

施設・設備共同利用許可書

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生侍史

愛媛県立中央病院
地域医療連携室

上記の申請について

□承認いたします。

□以下の理由により承認できません。

否認理由	

※　共同利用当日はこの用紙をお持ちください。

愛媛県立中央病院
地域医療連携室
TEL：089-987-6270（直通）
FAX：089-987-6271