別記様式（第5条関係）

熊本大学病院マルチ・トリアージ棟使用願

年 　月 　日

熊本大学病院長　殿

所属

職名

氏名

連絡先

　熊本大学病院マルチ・トリアージ棟を下記のとおり使用したいので許可願います。

なお、利用に当たっては、熊本大学病院マルチ・トリアージ棟使用規則を遵守することを確約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用期間及び室名称 | 　自：　　　　年　　月　　日（　　）　　時　至：　　　　年　　月　　日（　　）　　時　□ トリアージスペース　　□ 診察室１　　□ 診察室２□ 検査室兼処置室 |
| 　使用目的 |  |
| 使用責任者 |  |
| 備考 |  |