

令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター病院長 殿  
女性医師支援センター長 殿  
(提出先:女性医師支援センター(職員課))

<申請者>

所属・職名:

氏 名:

印

連絡先: (内線) (PHS)

## 登録申請書

下記のとおりミモザルーム利用者として登録いたしましたく申請します。

なお、利用にあたっては、「ミモザルーム利用案内 利用上の注意」に記載された事項を遵守することに同意いたします。

記

ふりがな				生年月日	昭和 年 月 日		
氏名					平成 ( 年歳 )		
現住所	〒 一						
電話番号	自宅						
	携帯						
登録年月日	令和 年 月 日						
備考							

<病院/確認・承認印欄>

病院長	副院長	副院長	副院長	副院長	事務部長	事務部次長	職員課長	職員係

センター長	受付年月日:
	許可年月日: