

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 平成	年	月	日生 (歳)
氏 名							
現 住 所	〒 _____						
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：_____