

令和 年 月 日

獨協医科大学病院長 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)

所属長印

<申請者>

所属・職名： _____

氏 名： _____ 印

連絡先：(内線) _____ (PHS) _____

登 録 申 請 書

下記の者をクローバー利用者として登録いたしたく申請いたします。

なお、クローバーの利用の際に起こった事故・問題等に関しては、私が一切の責任を負い、貴院にご迷惑をおかけいたしません。

記

ふりがな			生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日生 歳)
氏 名							
申請者との 関係							
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	庶務課長	職員係

センター長	コーディネーター	コーディネーター	係

受付年月日： _____

許可年月日： _____

<留意事項>

- ・クローバーへの外部者の立ち入りについては、登録申請書を提出し許可された者に限る。
- ・クローバーに立ち入る場合は、守衛室で「クローバー立入許可証」を受け取り（受取簿にサインする）着用し、セキュリティシステムを通して入室し、退室の際は守衛室へ返却する。
- ・クローバー利用上の注意（別紙）を遵守し利用すること。