（様式9）

ＦＡＸ番号　011-726-9583

市立札幌病院地域連携センター

会議室利用決定通知

令和　　年　　月　　日

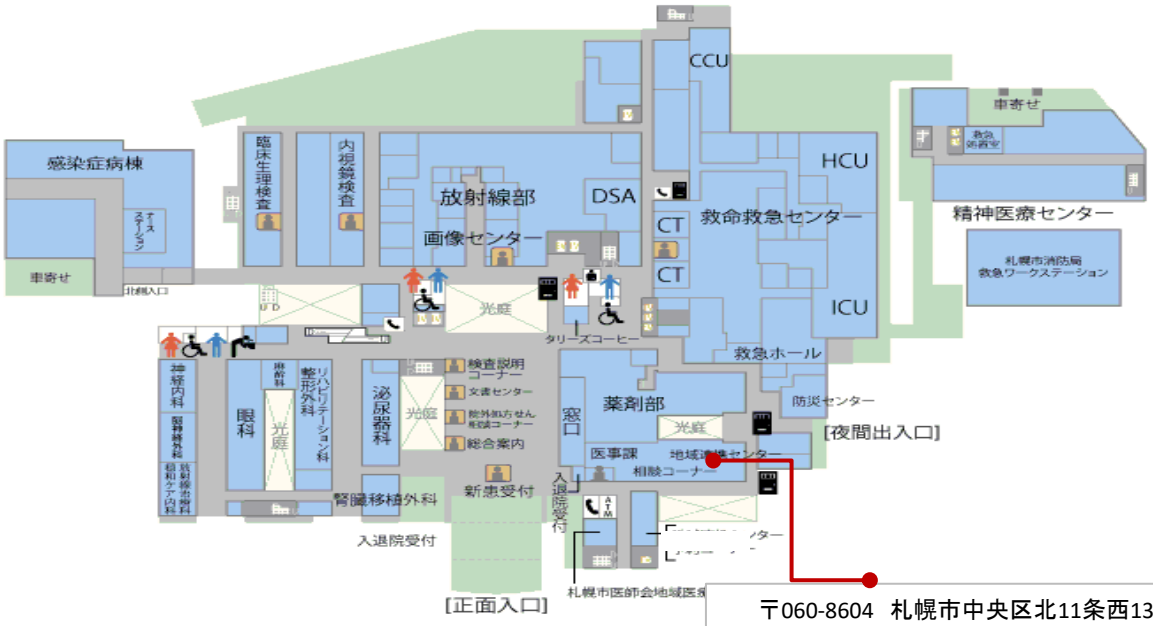
代表者登録医療機関

代表登録医名　　様

代表登録医番号

申込みされました、小会議室の利用について下記のとおり通知します

受付日	R　　年　　月　　日　　時　　分
受付担当者	総務課　庶務係
利用日	R　　年　　月　　日　　時　　分 ～　　時　　分
利用人数	人
利用目的	
使用器材	□　ＰＣ　　□　プロジェクター □　スクリーン　　□　その他 （　　）
通　信　欄	・ご利用当日、代表の方は地域連携センターにお越しください その際、本状を提出してください ・登録医ネームをお付けください ・自家用車で来院される場合は、駐車料金がかかりますのでご了承ください。 料金：最初の1時間100円、以後30分ごとに50円加算されます



〒060-8604　札幌市中央区北11条西13丁目
市立札幌病院地域連携センター（地域連携係）
TEL　011-726-2211(内2181)