

荒川館シミュレーション機器類使用申請書

申込日： 年 月 日（ ）

申請者氏名 (代表者氏名)	
所属・学年	
電話番号 メールアドレス	※日中、連絡が取れるもの
利用希望日	年 月 日（ ）
利用時間	: ~ :
利用予定人数	名
利用目的	ex) 病院実習の予習、復習

注意事項

- 利用時間は、平日 9：30-18：00、土日（開館時）9:30-16:30 です。
- 利用時間を 30 分過ぎても申請者が現れない場合は、キャンセルとします。
- グループ利用の場合は、代表者名を記入してください。
- 利用時は、利用人数に記載する利用者全員の受講証と学生証の提示が必要となります。