共同利用の手引き（様式8）

**施設・設備共同利用申請書**

令和　　年　　月　　日

関西医科大学総合医療センター病院長　殿

登録医医療機関の所在地：

登録医医療機関名：

登録医氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：

以下の通り、関西医科大学総合医療センターの施設・設備を利用することを申請いたします。

利用を希望する施設・設備

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　設 | □臨床講堂　□会議室　□図書室　□診療録閲覧室□医薬品情報管理室　 □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機器 | □磁気共鳴画像撮影装置　□コンピューター断層撮影装置□血管造影撮影装置　 □核医学診断装置□放射線治療装置　 □消化管内視鏡治療装置 |
| 利用目的 |  |
| 利用希望日 | 第1希望：令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分第2希望：令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 備　　考 | 利用希望日はあらかじめ余裕(２週間程度)をもって申請ください。 |

* 担当部門処理欄

※欄は記入しないでください。