平成　　年　　月　　日

疾患モデル教育研究施設

施設長　様

**一時立入申請書**

同行者

所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　印

連絡先（内線）

下記の者の入室を許可ください。

なお、立入者には本学規程、利用心得、マニュアル等を遵守させます。

|  |  |
| --- | --- |
| 立入希望日　　 | 平成　　　　年　　　　月　　　日　（　　）：　　　　～　　　　： |
| 立入者氏名＊ |  |
| 立入者所属 |  |
| 立入理由 |  |

＊立入者が学外者の場合は、必ず事前に申請して許可を得てください。

提出先：疾患モデル教育研究施設

|  |  |
| --- | --- |
|  | 受付日 |
|  | 月　　日 |