

## 研修生宿舎利用申請書

国立研究開発法人 国立循環器病研究センター  
理事長 殿 （提出先：医療係）

### 1. 利用希望者名

|             |   |              |         |
|-------------|---|--------------|---------|
| ふりがな        |   | 性別           | 種別      |
| 氏名          | ⑨ | 男・女          | 学生・学生以外 |
| 住所          | 〒 |              |         |
| 電話番号<br>※1  |   | メールアドレス      |         |
| 所属          |   | 所属<br>電話番号   |         |
| 受入部署名<br>※2 |   | 受入担当者名<br>※3 |         |

※1 日中の連絡先をご記入ください。

※2 センター側の受入部署を記入して下さい。例）心臓血管外科、看護部

※3 センター側の受入部署の担当者を記入して下さい。

### 2. 利用希望期間

|   |   |   |    |   |   |   |   |    |    |    |
|---|---|---|----|---|---|---|---|----|----|----|
| 年 | 月 | 日 | 曜日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 曜日 | まで | 日間 |
|---|---|---|----|---|---|---|---|----|----|----|

### 3. チェックイン予定時間

|         |   |   |   |   |    |   |   |  |  |
|---------|---|---|---|---|----|---|---|--|--|
| 利用希望開始日 |   |   |   |   |    |   |   |  |  |
| 木       | 金 | 土 | 日 | 月 | 曜日 | 時 | 分 |  |  |
| 火       | 水 | 曜 | 日 | 時 | 分  |   |   |  |  |

※ チェックインは13時～16時の間でお願いいたします。

※ 木～月（土日含む）にチェックインされる方は、「ディアクレスト国循健都」管理員室までお越しください。

※ 火・水曜日にチェックインされる方はセンター医療係までお越しください。

### 4. チェックアウト予定時間

|         |   |   |   |   |    |   |   |  |  |
|---------|---|---|---|---|----|---|---|--|--|
| 利用希望終了日 |   |   |   |   |    |   |   |  |  |
| 木       | 金 | 土 | 日 | 月 | 曜日 | 時 | 分 |  |  |
| 火       | 水 | 曜 | 日 | 時 | 分  |   |   |  |  |

※木～月（土日含む）の10～17時以外、火・水でチェックアウト予定の方は  
利用者立会のもと、事前に室内の確認をさせていただきます。

### 5. 注意事項

- ・申請書は利用開始の日の1週間前までに医療係へ提出し、管理者の承認を得てください。
- ・満室の場合、利用のご希望に添えない場合があります。予めご了承ください。
- ・ご記入いただいた情報は、大成有楽不動産株式会社（研修生宿舎管理会社）へ通知させていただきます。
- ・個人情報は研修生宿舎の係わる内容にのみ利用いたします。
- ・チェックアウト後に請求書を発行し、上記の住所へ送付します。銀行振り込みにてお支払いください。
- ・所定の窓口での現金支払いを希望する場合は申し出てください（利用日数(金額)に変更が無い場合に限る）。
- ・宿舎利用でご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

研修生宿舎管理会社06-6380-2070 木～月（火・水以外）10:00～18:00

#### [NCVC 確認欄]

|     |      |      |
|-----|------|------|
| 医療係 | 医療係長 | 総務係長 |
|     |      |      |



#### 【管理会社 確認欄】

|      |        |    |
|------|--------|----|
| 部屋番号 | チェックイン | 確認 |
|      |        |    |