

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 ※1		メー アドレ ス	
所 属		所 属 電 話 番 号	
受入部署名 ※2		受入担当者名 ※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場合は研修受入部署での対応となります。

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。
- ・利用の翌月に前月分の請求書を発行し、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。
- ・滞在期間中の支払い(現金支払)を希望する場合は申請時に申し出てください（決定後に金額変更はできません）。
- ・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