

# 電気錠使用許可申請書

申請日 ; 年 月 日

公益財団法人 周南市医療公社  
事務局長 山中 清治 様

申請者 ; 住 所 (団体) \_\_\_\_\_  
氏 名 (代表者) \_\_\_\_\_

本来の用途または目的を妨げない限度において、下記のとおり使用したく申請いたします。なお、使用にあつたては、貴社の使用条件を厳守します。

記

使用目的			
申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
使用場所	<input type="checkbox"/> 西側出入口扉 (医薬品搬入口) <input type="checkbox"/> 西側出入口扉 (食品搬入口) <input type="checkbox"/> 西側出入口扉 (物品等搬入口)		
年間使用回数			
使用責任者		連絡先電話番号	

- ・ 申請期間は、年度単位でお願いします。
- ・ 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに再提出をお願いします。