　　　年　　　月　　　日

セキュリティカード利用申請書

加古川中央市民病院施設管理者　様

会社・団体名

申請責任者（役職名）　　　　　 （氏名）　 　　　　　印

ＴＥＬ

（携帯）

ＦＡＸ

以下のとおり貴院への入館においてセキュリティカードの利用が必要なため申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用目的 | □委託業務　□実習関係　□その他 | 内容詳細（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 入館人数 | 人  ※複数人の場合は、名簿を提出して下さい | 代表者・氏名 |  |
| 代表者・連絡先 |  |
| 立入場所 |  | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日　から　　 　　　年　　　月　　　日　まで | | |
| 利用日時 | 毎日、月・火・水・木・金・土・日　　　　時　　　分 ～　　　時　　　分 | | |
| 備　考 | ※実習関係の場合は、グループ数（男女ごと）を記載してください。【男子：　　　　班】【女子：　　　　　班】 | | |

【誓約事項】

　当方は、貴院への入館に際し次の事項を遵守することを誓約いたします。

　１．業務及び実習上、貴院のセキュリティエリアへの入退室が必要なため、貴院から交付されたセキュリティカードは各自の責任において厳重に管理し、万一紛失や破損した場合は速やかに報告するなど適切に対応します。

２．貴院から交付されたセキュリティカードを他人に貸与、譲渡するなど不正な利用はしません。

３．利用目的（業務及び実習内容）と関係のない場所等へ許可なく立ち入りません。

４．前各項に違反したことにより貴院又は第三者に損害を与えた場合は、貴院が被った損害を貴院と協議の上賠償します。

【病院使用欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当課長 | 係長 | 受付 | 受付日 | 備　考 | |
|  |  |  |  | 貸出枚数：　　　　枚  カードNo. |  |