

院内担当部署の責任者に確認印をもらってください。

担当部署

--	--	--	--	--

書類提出日をご記入ください。

年 月 日

年	月	日
---	---	---

## 院内通行許可願

新規・継続のいずれかに○をつけてください。

・新規 ・継続

・新規	・継続
-----	-----

藤田医科大学七栗記念病院  
病院長様

会社印、責任者印をそれぞれ押印ください。

所在地 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ 印

責任者 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

所在地 _____
会社名 _____ 印
責任者 _____ 印
電話番号 _____

貴院との取引業務のため、下記の者の院内通行許可をいただきたく、お願い申し上げます。

記

業 種	(ふりがな) 通 行 者 名	携 帯 電 話 番 号	管 理 番 号 (総務課記入欄)

※来院時の社有車両の駐車は、P3・P9へお願いします。

※通勤車両の駐車は、P5・P6・P7・P8・ニコニコ広場へお願いします。

※有効期限は年度末までとし、継続申請は3月15日までに行ってください。

以上

(改定日) 2022年4月1日