

様式1 (第2条関係)

### 宿 泊 願 (兼 誓 約 書)

ふりがな			
氏 名			性 別 男 ・ 女
研修名 課程名	研修期間： 年 月 日～ 年 月 日		
勤務先名 (部課名)			
勤務先	〒		
	電 話		FAX
	E-mail		
緊急時連絡先 (上記以外で 連絡先がある 場合にご記入 下さい)	〒		
	電話又は 携帯電話		FAX
	E-mail		
入退去希望 期間	年 月 日 ( ) 時 ~ 年 月 日 ( ) 10:00 まで [入居時間 14:00~22:00] [退去時間 10:00 まで] ※上記時間内に入居できない場合は事前に、 執務時間内は 048-458-6185、時間外は 048-458-6200 にご連絡下さい。		
宿舎料請求の ご案内の宛名	宿泊者あて ・ その他 ( ) あて ※特に指定が無い場合は、宿泊者名とさせていただきます。		

上記の期間について宿泊したいので、許可くださるようお願いいたします。なお、宿泊した場合は、国立保健医療科学院寄宿舍規程等及び下記注意事項を遵守することを誓約します。

令和 年 月 日

氏名 (印)

国立保健医療科学院長 殿

#### 注意事項

- (1) 入学許可又は受講決定を受けた後に宿泊予約受付を開始します。本院からの通知前に送信いただきましても、受付いたしませんのでご注意ください。
- (2) 当院敷地内での飲酒はできません。( \* 食堂における懇親会は除きます。) また、全面禁煙です。(電子たばこ等の新型たばこも禁止です。) 飲酒や喫煙が確認された場合、あるいは宿泊室での騒音等、迷惑行為が確認された場合には、研修期間中であっても、派遣元へ連絡の上、原則、寄宿舍から退去いただくこととなりますので、ご注意ください。