

職員NO. _____.

令和 年 月 日 提出

徳山中央病院長 様

所属

職名

氏名

駐車場利用申込書

下記のとおり駐車場を利用したいので、申し込みます。

記

- 利用開始日 令和 年 月 日
- メーカー _____
- 車種 _____
- 色 _____
例) 山口 123 あ 1234
- ナンバー _____
- 2台目の有無 有 (別紙に記入要) ・ 無

ICカードを紛失は、再発行代として1,500円かかります。

以上

総務記載欄

ICカードNo.	()	
駐車場所	<input type="checkbox"/> 立体駐車場	<input type="checkbox"/> 休日夜間診療所内
	<input type="checkbox"/> 馬屋上駐車場	<input type="checkbox"/> 馬屋下駐車場
	<input type="checkbox"/> 徳大グラウンド下	<input type="checkbox"/> 清掃事務所跡地
	<input type="checkbox"/> 土日祝のみ使用	<input type="checkbox"/> 病院駐車場を使用しない