

ひまわり利用申請書

年 月 日

(あて先) 市立旭川病院 院長

申請者

代表者氏名

団 体 名

年 月 日
時 分 ~ 時 分まで

ひまわり利用について許可を受けたいので、申請します。
なお、利用にあたっては市立旭川病院がん患者サロン運用規程に従うことを誓約します。

ひまわり利用許可証

年 月 日

市立旭川病院 院長

様

年 月 日
時 分 ~ 時 分まで

ひまわりの利用を許可します。