

西暦      年      月      日

大阪医科薬科大学  
医学部    御中

所属：                      職名：  
氏名：  
連絡先：内線（              ）スマホ（              ）

## 教室等使用願（教職員用）

下記のとおり、教室等を使用したいのでご許可願います。

記

1. 使用教室：

2. 使用日時：    西暦              年      月      日（      ）              時              分から  
                    西暦              年      月      日（      ）              時              分まで

3. 使用目的：

4. 使用人数：    約                      名

5. 学外からの参加者：    ☐ 有      ☐ 無

※「有」の場合

☐ 学外からの参加者がいる場合、有償となる可能性があることを了承します。

- ▶ 教室等の使用については、学事が優先されます。場合によっては、会場変更のお願いまたは会場使用をお断りさせていただくこともあります。

▶ 有償となった場合、総務課から別途連絡があります。学務部では費用についてお答え出来かねます。あらかじめご了承ください。

以上

### 【事務処理欄】

- ☐ UNIPA    入力  
☐ 当日予約の場合、保安連絡  
☐ 学外の参加者がいる場合、課内回覧後、  
                    総務課へコピーを回付

| 学務部長    | 医学事務課 | 受付印 |
|---------|-------|-----|
| 必要な場合のみ |       |     |