

院内訪問部署

責任者

※「情報提供」のみ  
の場合は不要

## セキュリティカード貸出許可申請書

【申請日】 年 月 日

藤田医科大学ばんだね病院  
病院長殿

## 【申請者】

所在地

会社名

印

責任者氏名

利用者氏名

印

電話番号

貴院との業務遂行のため、下記のとおり、セキュリティカード貸出をお願いします。  
なお、カードの取り扱いについては、厳重に注意します。

## 記

- ① 【申請区分】 1.新規 2.利用者交代（前利用者名： ）  
② 【申請内容】 ※太枠部分の記載をお願いします。

院内訪問部署 (例：総務課)	業務目的 ※ 該当箇所に☑を入れてください。複数可	訪問頻度 (例：週1回)
	<input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 納品・回収 <input type="checkbox"/> 手術立合 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
カードNo. ※利用者交代時のみ記載	通行権限	
	GP ※総務課で記入します。	

## 【ご注意】

- 承認後、総務課担当者よりご連絡いたします。受取先はその際、ご連絡いたします。
- 紛失や破損等の際は、総務課までご連絡下さい。
- 通行権限は、申請内容をみて判断し決定いたします。
- 紛失や破損等の際は、顛末書の提出依頼および1枚3,300円(税込)を請求する場合があります。
- カードの返却は総務課までご持参下さい。

以上

2024年2月29日 改定