

業務目的が「情報提供」
のみの場合は、不要です。

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 愛知県名古屋市中川区尾頭橋三丁目 6 番 10 号

会社名 株式会社藤田

印

責任者氏名 藤田 一郎

利用者氏名 藤田 二郎

印

電話番号 090-0000-0000

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。

どちらか選択してください。

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)
例：総務課	<input checked="" type="checkbox"/> 情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 納品・回収 <input type="checkbox"/> 手術立合 <input type="checkbox"/> その他 ()	例：週 2 回
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