

令和 年 月 日

医療従事者用入室許可申請書

名古屋市立大学病院長 様

申請者 大学住所
大学名
医学部代表者 _____ 印

入室者の身分証明書（顔写真入り）のコピーを添えて、以下のとおり申請します。

1 所属

2 氏名 _____ 印

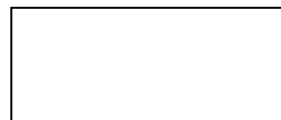
3 日時

4 用務

5 招請者 所属・氏名 _____ 管理課／総合研修センター

身分証明証コピー貼り付け欄

確認欄



<注意事項>

制限エリアに立ち入る 7 日前（土日祝日を除く）までに、入室許可申請書を提出してください。

入室許可証は、他人に貸与又は譲渡しないでください。

制限エリアへの立ち入る際には、体温測定をお願いします。

体温が 37.5℃以上、体調不良が認められる場合は、入室をお控え願います。

制限エリアへの立ち入りに際しては、入口のインターホンから中央手術部ナースステーションに連絡し、入室許可を求めてください。

制限エリアには許可なくカメラ、スマートフォン等の記録装置を持ち込まないでください。

入室許可証の返却は、見学診療科の担当医師に返却してください。