

## 地域連携・実践研究センター等使用申請書

年 月 日

大阪歯科大学看護学部長 殿

申請者  
 所属・職位  
 住所  
 電話番号  
 メールアドレス

## 使用計画

|        |   |
|--------|---|
| 目的     |   |
| 具体的内容  |   |
| 期日・時間  | 年 月 日 ( 曜日 ) : ~ :  |
| 頻度     | 単発 ・ 継続 ( 予定回数 回 )<br>年間計画が決まっている場合は、計画表を添付してください。変更がある場合はご連絡ください。                                    |
| 使用施設   | <input type="checkbox"/> 地域連携・実践研究センター <input type="checkbox"/> 地域交流サロン <input type="checkbox"/> 芝生広場 |
| 使用者・人数 | 使用者 予定人数 ( ) 名  |
| 当日の責任者 |   |
| 確認事項   | <input type="checkbox"/> 「当該施設ご使用にあたっての留意事項」を理解し、遵守します。   |
| 学内推薦者  | 有 ( ) 無   |

|     |  |     |  |      |       |
|-----|--|-----|--|------|-------|
| 受理日 |  | 許諾日 |  | 受理番号 | 2026- |
|-----|--|-----|--|------|-------|