|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 病院事務部長 | 病院事務部  次長 | 医師卒後 臨床研修ｾﾝﾀｰ  事務室総括課長 | 病院総務課  総括課長 | 係長 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |

様式第１号（第６条関係）

岩手医科大学臨床研修医等宿舎入居願

令和　　年　　月　　日

学校法人岩手医科大学　理事長　様

岩手医科大学臨床研修医等宿舎に入居を希望しますので、ご承認下さるようお願いいたします。

所属長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　入居期間　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日

入居申請者

所属・職名

ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日　生

※担当課記入欄

臨床研修医等宿舎　　　　　　階　　　　　　号室

入居予定年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

様式第２号（第６条関係）

令和　　　年　　　月　　　日

誓　約　書

学校法人岩手医科大学　理事長　様

所　　属

ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、岩手医科大学臨床研修医等宿舎に入居するに当たり、下記事項を順守することを誓約します。

記

1. 宿舎の使用に当たっては、「岩手医科大学臨床研修医等宿舎管理規程」を守り、

適正に使用します。

1. 天災地変、火事又は盗難により、私の所有物が滅失毀損しても、大学に対し

損害賠償の請求をしません。