月日	院長	診療部長	事務局長	総務管理課 長
許可してよろし い でしょうか				



市立宇和島病院長 様

写真貼付 3cm×4cm 直近6ヶ月以内

甲請年月日	平成 年	月		Н				
所 属	会社名等							
	所在地							
	TEL	会社()	_	携帯()	_	
	職名							
	ふりがな							
	氏 名							
	生年月日	昭·平	年	月	日(歳)		

【注意事項】

- 1 カードホルダー並びにセキュリティカードの交付は有償です。
- 2 異動等による、カードの名義変更は可能ですが書換手数料が必要です。
- 3 セキュリティカードを紛失された方は、直ちに市立宇和島病院にご連絡下さい。ご連絡がなく、不正にカードが使用され、当院が損害を被った場合は、賠償責任が生じますのでご注意下さい。

連絡先:[営業時間内]総務管理課(電話0895-25-1111)/[営業時間外]防災センター(電話05895-20-1156)

4 1年間に数回しか使用しない場合、カードは交付できません。誤って交付を受けた場合、管理料が発生いたしますのでご注意下さい。