2025年1月

　関係協力会社各位

医療法人住友別子病院

会議室等の利用について

当法人の館内会議室や診察室等を営利目的で利用する際には、利用料金をお支払いいただいておりますが、2025年度より料金改定となりますので、お知らせいたします。

敬　具

記

１．取扱開始日

　　2025年4月1日(火)

1. 会議室等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 場所 | 名称 | 広さ | 利用可能数 | 設備等 |
| 総合棟  （2階） | 多目的ホール | 181㎡ | 100人程度 | ﾃｰﾌﾞﾙ32台、椅子、ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ、ｽｸﾘｰﾝ、ﾏｲｸ3個、ﾏｲｸｽﾀﾝﾄﾞ2台、演台、ﾎﾜｲﾄﾎﾞｰﾄﾞ2台 |
| 研修指導室 | 74㎡ | 20人程度 | ﾃｰﾌﾞﾙ12台、椅子、ｽｸﾘｰﾝ |
| 病院棟  （1階） | 患者教室 | 63㎡ | 50人程度 | ﾃｰﾌﾞﾙ10台、椅子、ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ、演台、ﾎﾜｲﾄﾎﾞｰﾄﾞ1台 |
| 病院棟 | 診察室等 | － | － | － |

３．利用料金

　①多目的ホール

5,000円(旧)　→　6,000円/回に改定（税抜6,000円　消費税10% 600円）

　②研修指導室、患者教室、その他(外来診察室等)

2,000円(旧)　→　3,000円/回に改定（税抜3,000円　消費税10% 300円）

４．手続

　①「施設・設備利用申請書」を作成し、開催内容のパンフレット(表紙の写し)、名刺とともに、保安窓口へ提出する。

　②会議当日に保安窓口にて請求書をお渡ししますので、**翌月末日まで**に、利用料金を下記口座に振り込みください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
| 三井住友銀行  （0009） | 新居浜支店  （603） | 普通預金 | 2034 | ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝｽﾐﾄﾓﾍﾞｯｼﾋﾞｮｳｲﾝ  医療法人住友別子病院 |

５．担当窓口

医療法人住友別子病院　総務課　保安

　　メールアドレス：jimu\_hoan@ni.sbh.gr.jp

６．注意事項等

　①許可を受けた使用目的、時間以外の使用はできません。開始および終了時間は厳守ください。

　　やむを得ない事由により、許可時間を超えて使用したい場合は、事前に許可を受けてください。

　②室内での飲酒、喫煙および火気の使用、ならびに危険物等の持込は禁止します。

　③ゴミ等は、持ち帰りください。貴重品や私物は、各自で管理ください。

　　万が一破損や盗難が生じた場合、当法人では責任を負いませんのでご了承ください。

　④キャンセルとなった場合は、保安(0897-37-7111)まで連絡ください。

　⑤担当者が変更となった場合は、引継をお願いします。

以　上

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理事長(回覧) | 課長 | 主任 | 担当 |
|  |  |  |  |

(2025.04.01版)

年　　月　日

**施設・設備利用申請書**

　医療法人住友別子病院　総務課長　殿

　申込者（会社名）　　　　　　　　　　　　　　　１

　担当者

　連絡先（ＴＥＬ）　　　　　　　　　　　　　　　１

　セミナーや打合せ等の利用にあたり、次のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用目的  （セミナー・打合せ名） |  |
| 開催日時 | 2025年　　月　　日（　）  ：　　～　　： |
| 場所 | 総合棟　多目的ホール　研修指導室  病院棟　患者教室　　　外来診察室  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望設備 | ﾃｰﾌﾞﾙ　椅子　ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ　ｽｸﾘｰﾝ　ﾏｲｸ　演台 |
| 参加人数（予定） | 院内：　　　　　人　　院外：　　　　　　人 |
| 法人担当職員名 | 所属：　　　　　　 　氏名： |
| 料金 | 6,600円　3,300円  無料（当法人からの依頼による開催） |

※必要事項を入力のうえ、担当窓口へ提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理事長(回覧) | 課長 | 主任 | 担当 |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(2025.04.01版)

＜記入例＞

2025年　　4月　1日

**施設・設備利用申請書**

　医療法人住友別子病院　総務課長　殿

　申込者（会社名）　　住友別子製薬㈱　　　　　　１

　担当者　　　　　　　住友　明

　連絡先（ＴＥＬ）　　0897-37-7111　　　　　　　１

　セミナーや打合せ等の利用にあたり、次のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用目的  （セミナー・打合せ名） | 製品説明会 |
| 開催日時 | 2025年　9月　3日（火）  17　：　00　～　20　：　00 |
| 場所 | 総合棟　多目的ホール　研修指導室  病院棟　患者教室　　　外来診察室  その他（診察室） |
| 利用希望設備 | ﾃｰﾌﾞﾙ　椅子　ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ　ｽｸﾘｰﾝ　ﾏｲｸ　演台 |
| 参加人数（予定） | 院内：　　　　3人　　院外：　　　　3人 |
| 法人担当職員名 | 所属：消化器内科　　　　　　　　　氏名：住友Dr |
| 料金 | 6,600円　3,300円  無料（当法人からの依頼による開催） |

※必要事項を入力のうえ、担当窓口メールアドレスへ送信ください。