

公立学校共済組合関東中央病院施設使用要領

平成27年8月14日制定

平成29年6月1日改定

平成30年12月1日改定

令和2年5月26日改定

(目的)

第1条 この要領は、公立学校共済組合関東中央病院（以下「病院」という。）の施設使用について、必要な事項を定めるものとする。

(使用可能施設)

第2条 使用できる施設の範囲は次のとおりとする。

- (1) 会議室
- (2) その他

(使用者)

第3条 施設を使用できる者（以下「使用者」という。）は以下の者とする。

- (1) 当院常勤及び非常勤職員
- (2) 委託・派遣職員
- (3) 患者
- (4) 業者
- (5) その他当院を利用する者

(使用許可申請)

第4条 使用者は、使用日の2週間前から使用当日（使用当日が土日祝日の場合はその前日までとする。）までの間に施設使用許可申請書（別紙様式第1号）を総務課に提出しなければならない。（前条1号に該当する者が中心となり、業務上で使用する場合を除く。）

(使用許可)

第5条 病院は、施設使用許可申請書を審査し問題ないと認められるときは、使用を許可するものとする。

2 病院は、施設使用にあたって、諸条件を提示できるものとする。

(使用許可の取消)

第6条 次の各号のいずれかに該当するときは、使用許可を取り消すものとする。

- (1) 施設使用料を納付しないとき。
- (2) 使用にあたっての諸条件に違反したとき。
- (3) その他、取り消すべき事由が発生したとき。

(使用の追加、変更又は中止)

第7条 使用者は、使用日時や使用可能施設を追加、変更又は中止しようとするときは、使用日の1週間前から使用前日（使用前日が土日祝日の場合はその前日までとする。）までの間に総務課に届け出なければならない。

2 同条前項については、1回に限るものとする。

(使用料)

第8条 使用者は、別表に示す施設を業務外で使用する場合は料金を期日（期日が土日祝日の場合はその前日までとする。）までに指定された口座へ納付しなければならない。（使用許可通知書兼請求書：別紙様式第2号）

2 振込手数料については、使用者の負担とする。

3 病院長が認める者は使用料を免除することができる。

4 既に納付したにもかかわらず、第7条に係る変更において、新たに料金が発生した場合、その料金を期日（期日が土日祝日の場合はその前日までとする。）までに指定された口座へ納付しなければならない。

(使用者の義務)

第9条 使用者は、施設使用に際し次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 使用許可された権利を他の者に転貸しないこと。

(2) 使用後は原状回復に努めること。

(3) 施設及びその他附属設備を滅失し若しくは損傷したときは、速やかに弁償又は修復すること。

(4) その他、使用上の注意義務を遵守すること。

(事故の責任)

第10条 使用者は、施設使用中に生じた一切の事故について、その責任を負わなければならない。

(雑則)

第11条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

付記（平成27年8月14日）

この要領は、平成27年9月1日から適用する。

付記（平成29年1月18日）

この改正は、平成29年6月1日から実施する。

付記（平成30年12月1日）

この改正は、平成30年12月1日から実施する。

付記（令和2年5月26日）

この改正は、令和2年7月1日から実施する。

別表

施設区分	使用料金		
	2時間以内	4時間以内	8時間以内
講堂（全体）	4,400円	7,700円	11,000円
講堂（北）	2,750円	4,400円	7,700円
講堂（南）	2,750円	4,400円	7,700円
保健栄養指導室	2,750円	4,400円	7,700円
応接室	2,750円	4,400円	7,700円
その他会議室等（一部屋につき）	2,200円	3,300円	5,500円
食堂	2,200円	3,300円	5,500円
テニスコート	2,200円	3,300円	5,500円
撮影によるもの	5,500円／時間		

（留意事項等）

※9時～22時まで利用可能（条件付き）

別紙様式第1号

施設使用許可申請書

年 月 日

公立学校共済組合関東中央病院長 殿

申請者 氏名 _____
電話番号 _____
勤務先名称 _____
勤務先住所 _____
勤務先電話番号 _____

別紙「施設使用上の注意」を守り、下記のとおり施設を使用したく、申請します。

記

1 使用する施設

2 使用する目的または理由

3 使用する期日および時間

別紙様式第2号

年 月 日

No. _____

使用許可通知書兼請求書

様

年 月 日～ 年 月 日、

時 分から 時 分における、

当院施設 _____ の使用を許可する。

つきましては _____ 年 _____ 月 _____ 日までに _____ 円（一括）を下記
口座にお振り込みください。

公立学校共済組合関東中央病院長 印

※振込手数料につきまして、ご負担願います。振込の際は必ず会社名でお振り込み下
さい。

振込先口座 銀行・支店名：みずほ銀行（0001）虎ノ門支店（046）
口座番号：普通 4503218
口座名義：公立学校共済組合関東中央病院 病院長 小池 和彦
(コウリツカ`ツコウキョウサイクミアカントウチュウオウビ`ョウイン ヒ`ョウインチョウ コイケ カズ`ヒコ)

【お問い合わせ先】 総務課総務係
〒158-8531 東京都世田谷区上用賀 6-25-1
Tel:03-3429-1171(代表)