

時間外残留・施設使用願

平成 年 月 日

石川県立看護大学長 殿

学籍番号
氏 名

下記のとおり、学内に残留し、施設を使用したいので、許可下さるようお願いします。

記

残留場所	<input type="checkbox"/> 情報処理演習室 <input type="checkbox"/> 自習室 () <input type="checkbox"/> その他 () <small>*残留場所は□の中に「し」を表示すること。 *自習室を残留場所とする場合は()内に部屋番号を記入すること。</small>		
残留目的 (具体的に)			
残留日時	平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午後 時 分まで		
残留者名簿	学籍番号	氏 名	備 考

- (注) 1 この願は事前(遅くとも当日午後5時まで)に事務局総務課へ提出する。なお、休日等の利用でこの願を提出する場合は、休日等以外の日(午後5時まで)に提出すること。
 2 帰宅時には、消灯等確認後、守衛室の警備員に許可証を提出のうえ、退出すること。

----- き り と り -----

時間外残留・施設使用許可証

平成 年 月 日

石川県立看護大学長

残留場所	<input type="checkbox"/> 情報処理演習室 <input type="checkbox"/> 自習室 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
残留目的 (具体的に)			
残留日時	平成 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午前 時 分まで <input type="checkbox"/> 午後 時 分 ~ <input type="checkbox"/> 午後 時 分まで		
残留者名簿	学籍番号	氏 名	備 考