



鏡湖醫院霍英東博士專科醫療大樓
教研部場地外租申請表

申請人姓名: _____ 手提電話: _____

申請單位/團體: _____ 電子郵箱: _____

申請人職務: _____ 微信: _____

使用日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間: (上午) _____ : _____ 至 _____ : _____ 時間: (下午) _____ : _____ 至 _____ : _____

活動主題: _____

主講者/主持人: _____

形式: ☐講座/研討會 ☐展覽 ☐工作坊/教學 ☐學術比賽

☐其他: _____

參與人數: _____ 人

租用場地(請在合適空格上 ˇ)

☐研討室(1465) ☐臨床技能培訓中心(1466)

	最少申請人數	可容納人數
研討室	10	40
臨床技能培訓中心	10	60

聲明:

本人代表機構團體已細閱《鏡湖醫院教研部場地對外租用制度》，並承諾遵守制度各項內容。

簽名:

日期:

以下部份由院方填寫

申請編號: _____

預繳按金(MOP): _____ 元

教研部意見:

院長批示:

實際使用時間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ : _____ 至 _____ : _____

實收場地租金(MOP): _____ 元

經辦人: