様　式１

授　乳　施　設　利　用　承　認　願

令和　　年　　月　　日

　　琉球大学病院長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用申込者（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属）　　　　　　（職名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　印

　私が養育している乳幼児について，下記により授乳施設を利用させていただくよう承認方お願いします。

　なお，利用にあたっては，運用内規を遵守します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　乳幼児氏名

　　　生年月日（年齢）　　　　　年　　月　　日生（満　　歳）

　　　　　　自令和　　年　　月　　日至令和　　年　　月　　日

　　　乳幼児につき特に

　　　留意するべき事項