

# 施設見学依頼書

あんしん病院 御中

医療機関名 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
希望される連絡先 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

下記のとおり施設見学をお願いします。

記

希望日時	第一希望 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで 第二希望 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで 第三希望 年 月 日 ( ) 時 分から 時 分まで
見学者	・ (職種) ・ (職種) ・ (職種)
見学希望部門	<input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他 ( )
術式や医師の希望	
紹介者	
備考 その他、希望や質問等 がございましたら ご記入ください。	
当院記載欄	貴殿の見学日時は下記のとおりです。 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 当日は、 が担当させていただきます。 本件について、ご希望やご質問等がございましたらご遠慮なくご連絡下さい。 連絡先は、TEL 078-304-5252 FAX 078-304-5222 E-mail <a href="mailto:renkei02@anshin-hospital.jp">renkei02@anshin-hospital.jp</a> 当日は、1階受付窓口スタッフに、本状をご提出ください。