

# 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:renkei@anshin-hospital.jp">renkei@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。