年　月　日

熊本託麻台リハビリテーション病院

病院長　平田　好文　御中

(申込人)

　住所：

氏名：

　　　　　　　　　　　印

小児リハビリテーション見学申込書

記

１．日時　　　　年　月　日(　)　時　分～　時　分

２．場所　熊本託麻台リハビリテーション病院　小児リハビリテーション室

３．目的

４．生徒or園児氏名

５．保護者氏名：

６．保護者の同意：　あり　・　なし

７．見学者(1名)

以上

【連絡先】

担当者：

TEL：