

施設見学依頼書

熊本託麻台リハビリテーション病院

医療機関名	
住所	
代表者氏名	
電話番号	
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。

太枠内をご記入ください

希望日時	第1希望	令和	年	月	日	()	時～
	第2希望	令和	年	月	日	()	時～
	第3希望	令和	年	月	日	()	時～
見学者	氏名		職種			役職	
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
15							
見学目的							
見学希望箇所 (見学を希望される箇所へ チェック記入)	<input type="checkbox"/> 診察室	<input type="checkbox"/> 検査部門					
	<input type="checkbox"/> 外来医事	<input type="checkbox"/> 薬剤部門					
	<input type="checkbox"/> 外来看護	<input type="checkbox"/> 放射線部門					
	<input type="checkbox"/> 外来リハビリ	<input type="checkbox"/> 栄養管理部門					
	<input type="checkbox"/> 地域連携室	<input type="checkbox"/> 診療情報管理部門					
	<input type="checkbox"/> 病棟医事	<input type="checkbox"/> メディカルクラーク					
	<input type="checkbox"/> 病棟看護	<input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> 病棟リハビリ						
備考 (その他、希望や質問等ございましたらご記入ください)							

貴院の見学日時は下記のとおりです。

令和 年 月 日 () 時 分 ～

当日は、『 』が担当させていただきます。

また、施設見学の際にお一人 2,000 円(税別)徴収させていただいておりますのでご了承ください。

施設見学のお申込みは本用紙を FAX、またはメールに添付してご送信ください。

※尚、メールでお申込みの場合は下記のお問い合わせ番号まで御連絡の後に送信してください。

申込用紙送付先 FAX 番号:096-213-6333

メールアドレス:horio@horio-kai.or.jp

その他、ご不明な点、ご質問等ございましたら下記番号まで御連絡ください。

お問い合わせ電話番号:096-381-5111