

年 月 日

熊本託麻台リハビリテーション病院  
病院長 小原 健志 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：

※見学希望については手続きの都合上、リハビリテーションの担当者に見学希望日の **2週間以上前**に申し出て頂くようお願い致します。また、ご不明な点がございましたら小児リハビリテーション室(096-381-8886)にご連絡ください。また、**当院まで郵送**をお願い致します。

熊本託麻台病院リハビリテーション部(小児療育)  
〒862-0924 熊本市中央区帯山 8-2-1