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：

※見学の際はマスクの持参・着用をお願いします。

※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にお願い致します。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、当院まで郵送でお願い致します。

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