

施設見学依頼書

安伸クリニック

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 平成 年 月 日 () 時 分から 時 分まで 第二希望 平成 年 月 日 () 時 分から 時 分まで 第三希望 平成 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。 平成 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 renkei@anshin-clinic.com 当日は、1階受付窓口スタッフに、本状をご提出ください。