**様式　1**

**病院見学申込書**

申込日　　　年　　月　　日

※太枠内をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 申込者 |  |
| 施設名 |  |
| 住　　所 |  |
| 申込者様・担当者様（ご連絡先） | 所属 | E-Mail： |
| TEL： |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　様 | FAX： |
| 見学者様（　　　）人 | 氏　　　名 | 所属・役職 | 氏　　　名 | 所属・役職 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 見学希望日１ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　） | ・ |  | 時 |  | 分 | ～ |
| 見学希望日２ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　） | ・ |  | 時 |  | 分 | ～ |
| 見学希望日３ |  | 年 |  | 月 |  | 日 | （　） | ・ |  | 時 |  | 分 | ～ |
| 見学目的 |  |
| 見学希望部門見学内容 |  |
| 備　　考 |  |

**病院見学に際してのお願い**

細木病院は、地域密着型ケアミックス病院として患者さんの安心とプライバシー保護を重視しています。

見学にあたっては、現場の静粛保持と患者さんの療養環境に配慮いただき、

次の点に留意して、ご覧くださるようお願いいたします。

　１.　見学中の会話は小さな声でお願いします。

　　　２.　見学希望場所につきましては、事前に十分ご検討ください。

　　　３.　写真撮影は原則禁止とさせていただきます。写真をご希望の場合は、ご相談ください。



**社会医療法人　仁生会**

**細　木　病　院**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 院　長 | 事務部長 | 人事総務課長 | 人事総務課 | 受付 |
| 部署 | 担当者 |
|  | 受入可　否 |  |  |  |  |  |

**TEL：088-822-7211　FAX:088-825-0909**

**申込みに関するお問い合わせは**

**人事総務課　総務グループまで**

**お願いいたします。**