

見学申込書

年 月 日

一般社団法人巨樹の会 原宿リハビリテーション病院長 殿

| | | |
|---------|-----------------------|--|
| 団体名 | ※原則として医療関係者を対象としております | |
| 部署名 | | |
| 担当者名 | | |
| 住所 | | |
| TEL/FAX | | |
| E-mail | | |

| |
|--------------------------------|
| 見学目的（できるだけ詳しくお書きください。） |
| 見学希望場所： |
| 見学希望日時：（ご希望の日程を複数お書きください。） |
| 見学者予定数： |
| 備考（スタッフの内諾がある場合等、こちらにご記入ください。） |

※FAXの送信後、必ず総務課にお電話ください。

見学規程書

下記の規程を遵守し、見学申し込みをいたします。

記

- ① 第三者のプライバシーに配慮して、当方の許可がない限り施設内の撮影はご遠慮ください。
- ② 申込書を送信後、電話にてご連絡ください。
- ③ 見学日確定後の人数及び日程変更はご遠慮ください。
- ③ 施設内では、当方見学担当者の指示に従ってください。

以上 4点を遵守いたします。

年 月 日

署名： _____ 印

※担当者の方の署名で構いません。

一般社団法人巨樹の会
原宿リハビリテーション病院
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 6-26-1
TEL: 03-3486-8333
FAX: 03-3486-8334
Email: info@harajuku-reha.com

見学者リスト

一般社団法人巨樹の会 原宿リハビリテーション病院長 殿

【記入例】

| NO | 職種（○をしてください。） | 所属・職位 | 氏名 |
|----|--|-------|-------|
| 1 | <input checked="" type="radio"/> 医師 看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | 院長 | 原宿 太郎 |

記入例に従い、下記に見学者全員の必要事項をご記入ください。

| NO | 職種（○をしてください。） | 所属・職位 | 氏名 |
|----|---------------------------------|-------|----|
| 1 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 2 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 3 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 4 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 5 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 6 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 7 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 8 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 9 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |
| 10 | 医師・看護師・コメディカル・ 薬剤師・事務・その他（ ） | | |