

見学申込書

年 月 日

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		

※ 必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。連絡が取れない場合、見学をキャンセルさせて頂くことがあります。

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 (この申込書ご提出から <u>2週間以降の日時</u> で、 <u>複数</u> ご提示ください。)
見学者予定数 (<u>10名以内</u> 。海外からの見学の場合は通訳者の同行をお願いします。)
備考 (当院職員の内諾がある場合など、こちらにご記入ください。)

※この FAX の送信後は、必ず当院の総務課にお電話ください。

(03-3486-8333)

原宿リハビリテーション病院長 殿

見学規程書

下記の規程を遵守し、見学の申込みをいたします。

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、必ず電話にてご連絡ください。（連絡がない場合は受付いたしません。）
- ③ 見学日時が確定した後の人数・日時の変更はご遠慮ください。
- ④ 見学日時は厳守してください。（大幅に遅刻した場合は対応いたしません。）
- ⑤ 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 5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。）

<ツアー会社等の仲介業者の方がお申込みされる場合>
お手数ですが、枠内に名刺を必ず添付してください。

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

E-mail: info@harajuku-reha.com

※ 上記内容を遵守頂けない場合は、次回以降の見学お申込みをお断りいたします。

見学者リスト

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。

※ご見学者は10名までとさせていただきます。

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（ ）		