

十全会グループ施設見学依頼票

依頼日 年 月 日

| | | | | | |
|------------------|---|---------|-------------|------------------|--|
| 見学施設 (希望施設に○) | (医)新生十全会 なごみの里病院 ・ 京都双岡病院 | | | | |
| | (医)十全会 京都東山老年サナトリウム ・ は一とふる東山 | | | | |
| 見学希望日時 | 第一希望 | 年 | 月 | 日 () 時 分 ~ | |
| | 第二希望 | 年 | 月 | 日 () 時 分 ~ | |
| | 第三希望 | 年 | 月 | 日 () 時 分 ~ | |
| | ※見学時間は目安として1時間~1時間30分程でお願い致します。 | | | | |
| フリガナ 名 称 | | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 見学者名 | 氏 名 | 所 属・役 職 | 氏 名 | 所 属・役 職 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 担当者 (連絡先) | (所 属) | e-mail | | | |
| | | TEL | () - | 携帯電話等、当日連絡が取れる番号 | |
| | (氏 名) | FAX | () - | | |
| | | | | | |
| 見学目的 | (出来るだけ詳しく記入して下さい) | | | | |
| 見学内容 | (出来るだけ詳しく記入して下さい) | | | | |
| 来院方法 | 公共交通機関() ・ 車 到着時間 (時 分 予定) | | | | |

尚、施設見学中に施設内で知った入院患者様の情報は絶対に他言しないことを誓約致します。

誓約者氏名 _____ ㊞

| | | | | |
|-----|-----|------|------|-----|
| 病院長 | 副院長 | 看護部長 | 事務局長 | 事務長 |
| | | | | |

(医)新生十全会
 なごみの里病院 TEL(075)572-0634 FAX(075)572-0635
 京都双岡病院 TEL(075)881-2830 FAX(075)864-2013

(医)十全会
 京都東山老年サナトリウム TEL(075)771-4196 FAX(075)771-4521
 は一とふる東山 TEL(075)771-4300 FAX(075)771-4350 各事務長迄