

(医)新生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○)	なごみの里病院・京都双岡病院・京都東山老年サナトリウム はーとふる東山・ひだまりの家・こもればの家・その他()				
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

⑩

病院長	副院長	看護部長	事務局長	事務長

(医)新生十全会グループ

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

京都東山老年サナトリウム TEL(075)771-4196 FAX(075)771-4521

はーとふる東山 TEL(075)771-4300 FAX(075)771-4350 各事務長迄