申請日　　　年　　　月　　　日

掛川市・袋井市病院企業団立

中東遠総合医療センター

院長　宮地　正彦　様

　　　　面会申請書（MR→医師へ）

1. **申請者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | 所在地 |  |
| 担当者名 |  | 連絡先(携帯電話) |  |
| E-mail |  |

1. **面会希望内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科名 |  | 医師名 |  |
| 第一希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第二希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第三希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 目的 |  |
| 所要時間 | 　　　　　　　分　　※30分以内 |

1. **備考**

|  |
| --- |
|  |

**※面会・連絡の必要なしと判断した場合、こちらからご連絡を差し上げることはいたしません。**

**面会可否に関するお問い合わせにはお答えできませんので予めご了承ください。**

**※不要不急の訪問などが認められた場合は、当院への訪問を禁止させていただきます。**