

申込日 令和 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
企業長 宮地 正彦 様

団体名 _____
代表者名 _____

視察申込書

(1) 視察希望団体

団体名			
住所			
電話番号		E-mail	
担当者名		当日の連絡先	

(2) 視察希望日時 ※希望日時は2日以上でお願いいたします。

第一希望	令和	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
第二希望	令和	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
第三希望	令和	年	月	日 ()	時	分	～	時	分

(3) 視察目的・希望内容 ※可能な限り具体的にお願いいたします。

--

(4) 視察希望人数・役職名 ※収まりきらない場合は別紙で名簿を添付してください。

氏名	役職	氏名	役職
		計	名

(5) 院内見学希望場所 ※複数可

- 外来 () 科) 入院病棟 (階 東 ・ 西)
 救命救急センター/ ICU・CCUセンター その他 ()
 院内見学は希望しない

(6) 備考

--