

FAX (096) 339-7877

☎ (096) 338-3838

施設見学申込書

※申込書の作成前に一度、総務部松浦まで電話連絡をお願い致します。
太枠内をご記入下さい。

1.担当者氏名等(団体の場合は所属名もご記入下さい)

・氏名： _____ ・団体/所属名： _____

・住所： _____

・電話番号： _____ ・日中の連絡先： _____

・Fax(ある場合)： _____

2.見学の目的を簡単にご記入下さい。

・見学を希望されるものに☑をご記入下さい。

精神科病棟 精神科デイケア 精神科デイナイトケア 作業療法

福祉ホーム あすなろ 地域生活支援センター アシスト

その他(_____)

3.見学者の職種に該当する欄に人数をご記入下さい。

役職	人数	作業療法士	名
医師	名	他職種① (_____)	名
薬剤師	名	他職種② (_____)	名
看護師	名	計	名
心理士	名		
精神保健福祉士	名		

4.交通機関のいずれかに☑をご記入下さい。

普通車(_____)台 タクシー マイクロバス

5.見学希望日

平成 年 月 日 時 分～ 時 分

(注)事前に一度当院にご連絡を頂いた上で、本申込書を担当者様に作成して頂きます。
提出後、許可がでた時点で担当者様にご連絡いたします。

※本申込書(個人情報)は見学受付の連絡、本人確認及び忘れ物等の連絡以外には
使用いたしません。