

埼玉みさと総合リハビリテーション病院見学申込書

施設・機関の概要

申込年月日 年 月 日

| | | | |
|--------|---|------------|-------|
| 施設・機関名 | | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 診療科 | | | |
| 病床数 | | 回復期リハ病棟の有無 | あり・なし |

ご連絡先

| | | |
|------------------------------|-------|---------|
| ご見学代表者の氏名と役職 | ふりがな | 所属・役職 |
| | | |
| ご連絡担当者の氏名と役職 (見学に関する窓口の方) | ふりがな | 所属・役職 |
| | | |
| T E L | - - - | (内線番号) |
| F A X | - - - | |

ご希望日時とコース

| | 第1希望 | 第2希望 |
|-------|--------------|--------------|
| 基本コース | 月 日() : ~ : | 月 日() : ~ : |

料金お支払い方法

| | |
|----------------|---|
| いずれかに印をおつけ下さい。 | 当日現金での支払いを希望する(領収書を発行させて頂きます) 見学後に銀行振込でのお支払いを希望する(見学日以降に請求書を送付します) |
|----------------|---|

ご見学希望者数とおもな役職・担当

| 職種 | 人数 | おもな役職や担当など(例:院長、看護部長など) |
|-------|----|-------------------------|
| 医師 | 名 | |
| 看護師 | 名 | |
| P T | 名 | |
| O T | 名 | |
| S T | 名 | |
| M S W | 名 | |
| その他 | 名 | |
| 合計 | 名 | |

人数の変更は見学日前日までに電話にてお知らせください

見学の趣旨・目的

(どのような点を重点的にご見学されたいか、出来るだけ具体的にご記入ください)

| |
|--|
| |
|--|

お申込ありがとうございます。後日見学担当より連絡させて頂きます。