

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。	<input type="checkbox"/> 当日現金での支払いを希望する(領収書を発行させていただきます) <input type="checkbox"/> 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いただきます。