



医療法人回生会 見学申込フォーム

申込者	ふりがな								
	所属機関名								
	ふりがな	所属・職種・役職							
	見学代表者名								
連絡先	住所								
	電話番号		FAX						
	メールアドレス								
代表者を除く 見学者 情報	見学人数		人						
	↓同行者情報↓	氏名	所属・職種・役職						
	同行者①								
	同行者②								
	同行者③								
	同行者④								
	同行者⑤								
	備考								
<p>【※見学内容についての注意事項※】</p> <p>※見学希望日はお申込日の1ヶ月後以降としてください（例：1/1お申込みの場合、2/1以降）</p> <p>※人数・内容について希望に沿えないことも御座います（診療の優先、感染対策等）</p> <p>※見学日程・時間は平日の9:00～17:00の間のみとなります</p>									
見学内容	見学目的								
	第一希望日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	午前	<input type="checkbox"/>	午後
	第二希望日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	午前	<input type="checkbox"/>	午後
	見学希望 施設等	<input type="checkbox"/> 精神療養病棟	<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟						
		<input type="checkbox"/> 特殊疾患病棟	<input type="checkbox"/> 認知症治療病棟						
<input type="checkbox"/> 精神科デイケア		<input type="checkbox"/> 精神科作業療法							
<input type="checkbox"/> グループホーム		<input type="checkbox"/> その他()							
上記個人情報提供について		<input type="checkbox"/> 同意する	※本情報は見学目的のみに適切に取り扱います						

○お問い合わせ先○

秋田回生会病院 企画室 TEL：018-832-3203 FAX：018-831-8780