

令和 年 月 日

社会福祉法人 新潟市社会事業協会 信楽園病院
 院長 田中 一様

施設見学申込書

団体名					
部署名					
担当者名					
住所					
TEL		FAX			
E-mail					
■見学目的(できるだけ詳しくお書きください。)					
■見学希望場所(ご希望される場所に○印を付けてください。)					
1. 外来受付周り	2. 外来診察室	3. 救急処置室	4. 中央処置室	5. 内視鏡室	
6. 生理検査関連	7. 放射線関連	8. 薬剤部	9. 物流センター	10. 給食関連	
11. 検体検査室	12. 病理検査室	13. 情報管理室	14. 医局・管理関連	15. 病棟	
16. 血液浄化療法室	17. 病歴室	18. 医療機器センター	19. 手術室	20. HCU	
21. リハビリテーション					
22. その他(ご希望される場所をお書きください。)					
■見学希望日時(第2希望までお書きください。)					
第1希望:	令和	年	月	日	時 分 ~ 時 分
第2希望:	令和	年	月	日	時 分 ~ 時 分
■見学者(予定)					
所属	役職	氏名	所属	役職	氏名
					【 計 名 】
■備考 (院内スタッフの内諾がある場合等は、こちらにご記入ください。)					