

病院見学申込書

日 時	西暦 年 月 日 () 時 分～ 時 分				
申込者	病院・会社名：				
	住 所：				
担当者：					
Tel : - - - Fax : - - -					
Mail :					
見学の 具体的な目的					
申込までの経緯	新聞 ・ TV ・ 雑誌 ・ インターネット ・ その他 ()				
	紹介者氏名：				
見学希望者					
氏 名	職位（所属部署）	職 種	誓約内容への同意		
			<input type="checkbox"/> 同意する		
			<input type="checkbox"/> 同意する		
			<input type="checkbox"/> 同意する		
			<input type="checkbox"/> 同意する		
			<input type="checkbox"/> 同意する		
特記事項					
<p>※病院見学される方全員に個人情報保護に関する誓約書を提出していただく必要があります。申込前に誓約書に目を通してください。誓約内容に同意した方のみ病院見学ができます。</p> <p>※治療を最優先いたしますので、人数及び内容に制限をさせていただく場合があります。</p> <p>※必要事項をお書き込みの上、ファックスまたはEメールにてお申し込みください。</p>					
医療法人社団新光会 不知火病院 担当：法人事務課（西山・奥園） Fax : 0944-55-0510 E-mail : houjin@shiranui-byoin.or.jp					