令和　　年　　月　　日

訪問予約申請書

磐田市立総合病院長様

下記のとおり、職員への訪問予約を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 担当者氏名 |  |
| 会社名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先（携帯） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ず連絡がとれる番号を記入してください |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 訪問希望職員 | 所属（診療科）名 |  |
| 職員氏名 |  |
| 希望日時 | 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 |
| 第３希望 | 　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分　～　　時　　分 |
| コマ数(1コマ：10分) | 1コマ　　2コマ　　　3コマ　　　※丸を付けてください。 |
| 訪問要件 |  |
| 同行者数 |  |
| 備　考 |  |

・希望日時の１週間前までに必ず持参のうえ、病院総務課にある受付箱にご提出ください。

**・医師が面会を希望する場合にのみ、お電話かメールにて直接医師よりお返事いたします。**

**・お返事がない場合は誠　に申し訳ございませんが、医師が必要でないと判断したとご理解ください。**

・電話やメールでアポイントの採否のお問い合わせには対応できませんのでご了承ください。