

ハートランドしぎさん 地域医療連携部 行

FAX：0745-31-3350

E-mail：heartland-sc@heartland.or.jp

## 施設見学申込書

申込日 年 月 日

団体名	
担当者氏名	様
担当者連絡先	〒 _____ TEL - - FAX - -
希望日時	第1希望 年 月 日( ) ： ~ 第2希望 年 月 日( ) ： ~ 第3希望 年 月 日( ) ： ~
見学者	
見学者人数	名
見学の目的	
来院手段	
備考	

※見学希望日の2ヶ月前までにお申込みください。