

当院の見学をおこなう方へ

見学規程書

下記の規程に同意の上、見学申し込みをいたします。

記

- ①2005年4月からの個人情報保護法及び、患者さんのプライバシーに配慮し、院内撮影は原則、ご遠慮いただきます。
- ②電話にてご連絡の上、FAXをお送りください。
- ③申し込み後の人数及び日程変更はご遠慮ください。
- ④見学当日は当院見学担当者の指示に従ってください。
- ⑤原則として医療関係者を対象としておりますのでご了承ください。

以上 5点に同意いたします。

署名； _____ 印

- 聖路加国際病院 広報室
- e-mail: stluke-pub_relations@luke.or.jp
- 〒104-8560 東京都中央区明石町 9-1
- TEL : 03-5550-7168 (直通)
- FAX : 03-5550-6000

見学申込書

平成 年 月 日

聖路加国際病院 院長殿

団体名	
部署名	
担当者名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	

該当するものに○をつけてください。

医療機関 ・ その他()

<p>今回の見学について、該当するものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 特定部署の視察（部署スタッフとのディスカッションも希望）</p> <p><input type="checkbox"/> 特定場所の施設見学</p> <p><input type="checkbox"/> 当院設定ルートでの施設見学</p> <p>見学目的（できるだけ詳しくお書きください）</p>
<p>見学希望場所</p>
<p>見学希望日時：（ご希望の日程を複数お書きください。）</p> <p>見学所要時間：（原則 1 時間半までとさせていただきます。）</p> <p>見学者予定数：（原則 10 名までとさせていただきます。）</p>
<p>備考（院内スタッフの内諾がある場合等、こちらにご記入ください）</p>

※FAX の送信後、必ず広報室にお電話ください。