

様式 6

年 月 日

芳賀赤十字病院

院長 本多 正徳 殿

所在地

名称

代表者名

印

現地調査申請書

給食委託業務見積等のため、下記のとおり、現地調査確認を申請します。

1. 第一希望日時 年 月 日 ☐ 13:00～14:00 ☐ 15:00～16:00

2. 第二希望日時 年 月 日 ☐ 13:00～14:00 ☐ 15:00～16:00

3. 予定人数 名（基本：2名まで参加可）

4. 来院予定者（該当項目にチェックすること）

1. 役職・氏名

☐ 新型コロナワクチン接種済

☐ 栃木県内在住

2. 役職・氏名

☐ 新型コロナワクチン接種済

☐ 栃木県内在住

5. 備考
- ・調査時間は、前半 30 分を見学、後半 30 分をヒアリングとする。
希望時間に、チェックしてください。
 - ・新型コロナワクチン接種済者が来院する場合、新型コロナワクチン接種記録書（写）を事前提出してください。