（別紙様式３）

　　年　　月　　日

事業者訪問予約申請書（兼確認書）

芳賀赤十字病院長　様

　芳賀赤十字病院事業者訪問規程第３条に基づき、下記のとおり医師への面会予約を申請します。医師への面会に際しては、芳賀赤十字病院事業者訪問規程を遵守します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | （他　　　名） |
| 社名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL／FAX |  |
| TEL（携帯等） |  |
| 申請者E-mail |  |
| 面談希望医師 | （診療科）（氏名） |
| 日時 | （第１希望）（第２希望）（第３希望） |
| 希望コマ数に○を付けてください。（１コマ１５分） | 　　　　　１コマ　　　　　　　　２コマ |
| 訪問の趣旨や目的など |  |
| 予約日時・許可番号※病院記入欄 | （日時）　　　　　　　　　（許可番号） |

 ※平日の12：00から13：30の時間帯の使用については「芳賀赤十字病院相談室１（面会室）使用規約」に従い、「相談室使用予約申請書（兼確認書）」を提出する。