

社会福祉法人東大寺福祉事業団
東大寺福祉療育病院
院長 富和 清隆 様

施設見学申込書

下記のとおり見学を申し込みます。見学の際は、プライバシー保護に努め、利用者にご迷惑をかけるまいようにいたします。

申込日	平成 年 月 日 ()			
団体名 個人名				
ふりがな			性別	
氏名				
見学人数				
見学の目的				
	希望年月日 (月～金)		希望時間	備考
見学日	第1希望	平成 年 月 日 ()	: ~ :	
	第2希望	平成 年 月 日 ()	: ~ :	
連絡先	住所 〒			
	電話番号	携帯電話番号		
	メールアドレス			
備考				

- ①施設見学を希望される方は「施設見学申込書」に必要事項を記入のうえ、お申込みください。
- ②見学できる日時は平日の10時～17時までです。
- ③以下の場合、見学をお受けできないか、見学中でも中止することがありますのでご了承ください。
 - ・施設内外で感染性疾患の流行がある時期（お問合せください）
 - ・見学ご希望の方が感染源となる可能性がある場合
 - ・プライバシー保護が保たれない行動などが見受けられた場合（利用者の写真撮影など）
 - ・案内者の指示に従わないなど不相当と判断した場合

社会福祉法人東大寺福祉事業団 東大寺福祉療育病院
担当：総務部 川口・青山
電話：0742-22-6511 FAX：0742-23-0198