

令和 年 月 日

久留米大学医療センター
病 院 長 殿

所属機関名 _____

所属長・機関長名 _____ 印

院内訪問・研修・見学申請書

このたび、貴病院において、下記のとおり（訪問・研修・見学）させて頂きたいので、ご許可下さいますようお願いいたします。

記

1.氏 名	
2.居 住 地	県 市
3.日 時	年 月 日 () 時 分～ 時 分
4.訪 問 先	
5.目 的	
6.担当者名 (係)	
7.連 絡 先	

※担当者とは、内容についての問い合わせ先のご担当の方です。

※内容については、別紙添付でも可とします。

※必ず来院1週間前から健康チェックを行い、所定の用紙へ記載してください。健康チェック表は当日持参してください。

※来院予定日の**2週間前までに**申請を行ってください（管理課提出）

※訪問される方の、居住地域等の行政措置に準じて対応させていただきます。

【提出先】福岡県久留米市国分町 155-1 久留米大学医療センター管理課