

FAX

ご見学希望日の一か月前
までにお申し込みください

◎ご見学日は水曜日の14時30分からとさせていただきます。

◎一回のご見学者は5名まででお願いいたします。

送付先	独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター 緩和ケア病棟師長 宛
電話番号	0532-62-0301(代)
FAX番号	0532-62-3352(代)

件名	緩和ケア病棟見学依頼
----	------------

希望日	第1希望 平成 年 月 日 第2希望 平成 年 月 日
職種と人数	
その他	特にこういう事が知りたいと思うような事があればご記入ください。

◎なお、病棟の都合により見学をお受けできない日もございます。
ご見学の可否は本状受け取り後3日以内に代表者の方にご連絡
いたします。

連絡先	
代表者	
電話番号	
FAX番号	