

*個人でのお申し込みは受け付けておりません。

日本赤十字社医療センター【看護部門】施設見学申込書

注意：現在、看護部門の見学希望のみを受け入れ対象としております。

| | | | |
|---------------|--|-------|--|
| ふりがな 申込施設名 | | | |
| ふりがな 担当者氏名 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |

見学希望内容（いずれかに☑を入れてください）

*6名程度までとさせていただきます。

*いずれも、ご入院の方々などのプライバシー配慮はもちろん、スタッフは患者さんの対応を優先します。

当日の状況により左右されますことを予めご承知おきください。

| | | |
|--------------------------|--------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 一般病棟 | : 成人を対象とした入院病棟の見学、看護師へのインタビューなど |
| <input type="checkbox"/> | 周産期関係 | : 分娩室や新生児集中治療室の見学、助産師・看護師へのインタビューなど |
| <input type="checkbox"/> | 救命救急関係 | : 救急外来や集中治療室の見学、看護師へのインタビューなど |
| <input type="checkbox"/> | その他 | |

来院情報 *希望日の2ヶ月ほど前までにお申し込み下さい。調整期間が取れない場合、お断りさせていただきます。

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------|--|
| 希望日時 *当センター診療日のみ *9:30~15:00開始 | 第一希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 | |
| | 第二希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 | |
| | 第三希望 | 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 | |
| 人数 *各所見学6名程度まで | 名 (うち、引率 名 *無しでも構いません) | | |
| 目的および 当センター選定理由 | | | |
| その他 | | | |

ご記入のうえ、総務課 広報係あてFAXまたはメールにてお送りください。

内容確認後こちらからご連絡いたします。

状況によりお断りする場合がありますことをあらかじめご了承くださいますようお願い致します。

*希望日の1か月前までに連絡がない場合、お手数おかけいたしますが広報係あてご連絡下さい。

日本赤十字社医療センター 総務課 広報係

TEL : 03-3400-1311

FAX : 03-3409-1604

E-mail : somuka3@med.jrc.or.jp

2019.4 改定