



あさかホスピタル見学申込書

日 時	第一希望日 : 平成 年 月 日(木)午後 時 分～ 時 分		
	第二希望日 : 平成 年 月 日(木)午後 時 分～ 時 分		
	※見学曜日は、木曜日の午後とさせていただきます。		
申込者	個人名・団体名		
	担当者		
	(住所)		
	TEL - - FAX - - Email		
見学目的			
見学希望施設	あさかホスピタル ・ さくまメンタルクリニック ・ 啓寿園 ・ あさかホームケアーズ ・ その他()		
申込までの経緯	マス・メディア	新聞・テレビ・雑誌・ホームページ・その他()	
	紹介者	氏名: (団体名)	
見学希望者			
氏 名		職位(所属部署)	職 種
特記事項			
<p>※必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。※見学者は最大5名までとさせていただきます。</p> <p>※当院は、治療を最優先いたしますので、人数および内容に制限をさせていただく場合があります。</p>			
医療法人安積保養園 あさかホスピタル 事業企画グループ			
〒963-0198 福島県郡山市安積町笹川字経坦45 Tel.024-945-1701 FAX.024-945-1735			