

栗田理事長 宛

施設名

施設長名

≪ 施設見学申込書 ≫

◆ 希望日時

第 1 希望 年 月 日 時 ～

第 2 希望 年 月 日 時 ～

◆ 希望見学先（あてはまるものにを入れてください）

- 精神科病棟 精神科デイケア・デイナイトケア リワークデイケア
認知症治療病棟 認知症デイサービス 認知症グループホーム
自立（生活）訓練事業所 障害福祉グループホーム 就労継続支援 B 型事業所
その他（ ）

◆ 目的（見学の主な目的をご記入ください）

◆ 参加予定者

◆ 代表者連絡先

- ・住所
- ・氏名
- ・TEL
- ・MAIL

| 当院使用欄 | | | | | |
|-------|----|------|------|----|-----|
| 理事長 | 院長 | 専務理事 | 執行役員 | 部長 | 部署長 |
| | | | | | |

〒311-0117 茨城県那珂市豊喰 505 医療法人社団有朋会

TEL 029-298-0175 FAX 029-298-0812

MAIL yuhokai@yuhokai-kuritah.com

作成日：令和 2 年 7 月 14 日