

# オンライン面会予約申込書

申込日	年 月 日
ご利用者様氏名	
面会希望者氏名	
続柄	
連絡先電話番号	①【ご自宅】 - -
	②【携帯電話】 - -

## 《面会希望日時》

**※ただし、面会時間は14：30から15：30までの間です**

第一希望日	年 月 日 ( 曜日 )
平日希望時間	時 分
第二希望日	年 月 日 ( 曜日 )
平日希望時間	時 分

記入後、地域包括ケア病棟ナースステーションにご提出ください。

- ◆ 時間調整にお時間をいただく事があります。時間調整が出来ましたら、当施設担当者より連絡いたします。
- ◆ ご希望の時間に調整できない場合があります。あらかじめご了承ください。

---

## ●病院使用欄

面会日時	年 月 日 ( 曜日 )	時 分 ~ 時 ~ 分
連絡日： /	担当者：	