**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１５：３０から１６：３０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、医療療養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：　　 |  |  |