令和　　　年　　　月　　　日

福岡赤十字病院見学申請書

福岡赤十字病院　院長　様

機関名：

役　職：

担当者（代理）：

貴病院において、下記のとおり病院見学を申請しますので、ご許可くださいますようお願いします。

以下、確認しました。（☑をお願いします。）

□　見学の際は、貴病院の諸規則を遵守し、貴病院の責任者の指示に従います。

□　見学１週間前から毎日検温し、「健康調査票」に記入して見学当日に提出します。

※人数や期間等が多い場合は別紙（様式は任意）にて申請ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 見 学 者 | 氏名 |
| 所属・学年 |
| 連絡先（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） |
| 見学期間 | ① 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ② 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 見学部署 |  |
| 見学内容 |  |
| ワクチン接種歴 | 新型ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ | 1回目 | 令和　　　年　　　月　　　日　接種済 |
| 2回目 | 令和　　　年　　　月　　　日　接種済 |
| 3回目 | 令和　　　年　　　月　　　日　接種予定　・ 済 |
| その他 | ※特記事項等があればご記入ください。 |

【提出先】

福岡赤十字病院　人事課研修担当

〒815-8555　福岡市南区大楠3-1-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL 0570-03-1211（代）FAX 092-522-3066

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　MAIL kenshuusuisin@fukuoka-med.jrc.or.jp