**見学申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**学校法人聖路加国際大学　理事長殿**

|  |  |
| --- | --- |
| **団体名** | ※原則として医療関係者を対象としております |
| **部署名** |  |
| **担当者名** |  |
| **住所** |  |
| **TEL/FAX** |  |  |
| **E-mail** |  |

|  |
| --- |
| **今回の見学について、該当するものにチェックをつけてください。****☐**　特定部署の視察（部署スタッフとのディスカッションも希望）**☐**　特定場所の施設見学**☐**　当施設設定ルートの施設見学**見学目的（できるだけ詳しくお書きください。）** |
| **見学希望場所：** |
| **見学希望日時**：（ご希望の日程を複数お書きください。）**見学所要時間：**（原則　1時間半までとさせていただいております。）**見学者予定数：**（原則　10名までとさせていただいております。） |
| **備考**（スタッフの内諾がある場合等、こちらにご記入ください。） |

**※FAXの送信後、必ず広報課にお電話ください。**

**学校法人聖路加国際大学　理事長殿**

**見学規程書**

**下記の規程を遵守し、見学申し込みをいたします。**

記

1. 第三者のプライバシーに配慮して､当方の許可がない限り施設内の撮影はご遠慮ください。
2. 申込書を送信後、電話にてご連絡ください。

③ 見学日確定後の人数及び日程変更はご遠慮ください。

④ 施設内では、当方見学担当者の指示に従ってください。

以上　４点を遵守いたします。

**署名：　　　　　　　　　　 印**

**※担当者の方の署名で構いません。**

学校法人聖路加国際大学 法人事務局 広報課

〒104-0044　東京都中央区明石町10-1

TEL: 03-6226-6366

FAX: 03-6226-6376

Email: pr@luke.ac.jp

**見学者リスト**

**学校法人聖路加国際大学　理事長殿**

**【記入例】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **職種（○をしてください。）** | **所属・職位** | **氏名** |
| **１** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** | ○○病院・院長 | ○○　○○ |
| 記入例に従い、下記に見学者全員の必要事項をご記入ください。 |
| **NO** | **職種（○をしてください。）** | **所属・職位** | **氏名** |
| **１** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **２** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **３** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **４** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **５** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **６** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **７** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **８** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **９** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |
| **１０** | **医師・看護師・コメディカル・****薬剤師・事務・その他（　　　　　）** |  |  |