

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
- 当施設設定ルートでの施設見学

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きます。）

見学者予定数：（原則 10 名までとさせていただきます。）

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。

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（ ）	〇〇病院・院長	〇〇 〇〇

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（ ）		