

令和 年 月 日

病院長 伊志嶺朝成殿

病院訪問許可申請書(医師以外)【第4版】

訪問企業名： _____

TEL： _____

訪問者氏名（上限2名まで）

1) _____ 2) _____

上記__名が病院へ訪問することを許可願います。

記

面会者： 部署名： _____ 氏名： _____

希望日： 令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分

1.面会の目的：

2.直接面会が必要な理由(詳細に) (ZOOM 等に対応できないか、検討されてください)

申請に対し（ 許可 ・ 不許可 ）と致します。

令和 年 月 日

有効期間

訪問日 月 日 のみ

所属部長：(サイン) _____

送付先：社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 FAX 098-877-2518 (代表)

当日、この許可申請書の提示がない場合は面会をお断りさせていただきますので
ご了承下さい。

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 2023.04.04 改訂