

年 月 日

病院長 伊志嶺朝成 殿

## 病院訪問許可申請書 (第5版)

1. 訪問企業名： \_\_\_\_\_ 社  
連絡先 TEL： \_\_\_\_\_  
FAX： \_\_\_\_\_  
E-mail： \_\_\_\_\_

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

面会希望医師： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

希望訪問日：① \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分～ \_\_\_\_\_ 時 分

② \_\_\_\_\_ 年 月 日 時 分～ \_\_\_\_\_ 時 分

(※15:00～17:30 の間で設定いただけます様、ご協力を宜しくお願い致します。)

1. 面会の目的:

2. 直接面会が必要な理由(詳細に) (ZOOM 等で対応できないのか 検討されてください)

申請に対し ( **許可** ・ **不許可** ) と致します。

年 月 日

有効期間

面会医師等：(サイン) \_\_\_\_\_

訪問日 月 日 のみ

所属長：(サイン) \_\_\_\_\_

副院長 (事務系の場合 事務長)：(サイン) \_\_\_\_\_

病院長： 伊志嶺朝成

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院 FAX：098-878-8434 (直通)

**当日、この許可証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。**

2023.6.1 改訂