

オンライン面会予約申込書

八雲総合病院 地域医療連携課 行

申込日： 令和 年 月 日

入院患者氏名	フリガナ		棟 階病棟	
面会者氏名	フリガナ		面会人数	名
続 柄		日中連絡の取れる 電話番号	—	—
第1希望日	どちらかに○をしてください			
	1. 院内でのオンライン面会		2. 院外からのオンライン面会	
	令和 年 月 日		曜日	
	希望時間に ○をしてください	・ 14時00分 ・ 15時00分	・ 14時30分 ・ 15時30分	
第2希望日	どちらかに○をしてください			
	1. 院内でのオンライン面会		2. 院外からのオンライン面会	
	令和 年 月 日		曜日	
	希望時間に ○をしてください	・ 14時00分 ・ 15時00分	・ 14時30分 ・ 15時30分	

※都合が悪くなった場合は、必ずご連絡をお願いします。

八雲総合病院 地域医療連携課

TEL 0137-63-2185 FAX 0137-65-2610

【事務確認】

連絡日時	令和 年 月 日 ()	時 分
------	--------------	-----