

宛先：地方独立行政法人岡山県精神科医療センター  
見学担当者宛（FAX番号：086—234—2639）

## 【病院見学・視察申請書】

団体・病院名

住所

連絡ご担当者名(フリガナ)

電話番号

メールアドレス

### ◎見学希望日時

令和 年 月 日 ( ) 時から 時まで希望

令和 年 月 日 ( ) 時から 時まで希望

令和 年 月 日 ( ) 時から 時まで希望

### ◎見学希望人数・職種 ※該当にチェックをいれ、人数を記入してください。

医師 ( 名)  看護師 ( 名)  薬剤師 ( 名)

精神保健福祉士 ( 名)  作業療法士 ( 名)  公認心理師 ( 名)

事務部( 名)  その他(職種： 人数： 名)

代表責任者【氏名：

職種/職名：

】

### ◎見学を希望する病棟等 ※複数可、希望する箇所にチェックしてください。

外来・救急外来

リハビリテーション・デイケア

救急急性期

慢性期

児童思春期

依存症

司法

その他 ( )

### ◎当院を選んだ理由

[ ]

### ◎見学を希望する内容 ※具体的にお書きください。

[ ]

全ての項目に記入のうえ、FAXにて申込み申請してください。

問合せ先：事務部 志茂 (TEL.086—225—3821(代))