

タブレット面会申込・受付票

令和 年 月 日

1. 申込者情報

お名前	
連絡先TEL	

2. 入院患者情報

氏名	
生年月日	
診察券番号	
入院病棟	4 東・4 西・ICU・5 東・5 西・NICU・6 東・6 西・7 東・7 西・8 階 ※丸で囲む

3. 面会者情報

面会希望者・続柄	①
	②
連絡先TEL	

4. 希望日時

第一希望	令和 年 月 日 (14:00～・14:30～・15:00～・15:30～・16:00～・16:30～) 希望時間を○で囲む
第二希望	令和 年 月 日 (14:00～・14:30～・15:00～・15:30～・16:00～・16:30～) 希望時間を○で囲む
第三希望	令和 年 月 日 (14:00～・14:30～・15:00～・15:30～・16:00～・16:30～) 希望時間を○で囲む

※面会希望日の2日前(土日祝日を除く)までに病棟または1階医事課入院係までご提出ください

 面会可 別日時希望 面会拒否 その他