**様式１**

**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)）