

いずみ診療所 リハビリテーション科 見学申込書

年 月 日記

来所者名	
所属	
住所	TEL

児童名		生年月日	
(ふりがな)	様	男・女	年 月 日生
見学希望	担当者	見学日時	
<input type="checkbox"/> 理学療法		年 月 日 : ~	
<input type="checkbox"/> 作業療法		年 月 日 : ~	
<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法		年 月 日 : ~	
<input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日 : ~	

見学の目的や相談内容などお書きください。

- 見学を希望される方は、保護者の同意を得た上で、申込書をご記入ください。
- 申込書は、来所日の一週間前までに郵送やFAX等にてご提出ください。
- 来所者につきましては原則1名でお願いしております。
- 来所の際は、感染症対策としてマスクの着用と検温・手指消毒にご協力ください。