

オンライン面会申込書

山形県立河北病院

予約受付担当 行

項 目		記入欄	備 考
オンライン 面会希望の ご家族様 について	ご家族 氏名	(よみがな)	患者様との ご関係： _____ オンライン面会 の人数： _____人
	電話番号	※必ず連絡が取れる電話番号を御記入ください。	
患者様 について	入院病棟		
	患者様 氏名	(よみがな)	
オンライン面会 希望日時	第1希望	令和 年 月 日 () [時間枠]	[時間枠]には 次の①～④から選 んで番号を記載 ①14:00～14:30 ②14:30～15:00 ③15:00～15:30 ④15:30～16:00
	第2希望	令和 年 月 日 () [時間枠]	
	第3希望	令和 年 月 日 () [時間枠]	

(注) ご家族様の人数は、最大でも3名とさせていただきます。

病院側使用欄	受付日時	
	返 答 日	
	担 当 者	