リモート面会申込書

【全て必須項目です。】

患者氏名 （入院病棟）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　病棟　 階　 ）

申込者氏名：　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 続柄 　　　 ）

申込者住所：

連絡先（自宅）： （　　 　）　　 －

連絡先（携帯電話）： 　　－　　 －

メールアドレス：

面会希望日

・第 1 希望日時： 令和　　年　　月　 日　　 時

・第 2 希望日時： 令和　　年　　月 　日　 　時

遵守事項

１．「リモート面会」は、開院日の月曜日～金曜日13時半から16時の間で、1回10分

程度です。

２．「リモート面会」の利用について、申込多数の場合は実施不可な場合があります。

３．「リモート面会者」は、家族のみとします。

４．職員の許可なく、録音・録画・写真撮影等を行わないで下さい。

５．利用については、職員の指示に従ってください。

６．面会日時については、諸事の都合でご希望に添えない場合があります。

７．指示に従っていただけない場合、中止もしくは終了させていただくことがあります。

上記事項を十分理解したうえで申込みをします。

　　　　　　　　　　　　令和 　年　 月　 日

氏名　　　　　　　　　 　　（続柄　　　）