

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）