

20 年 月 日

群馬大学医学部附属病院  
病院長 殿

(施設名)  
(施設の長)

## 施設見学依頼書

下記のとおり施設見学をお願いいたします。

記

見学日時	
見学者氏名 (所属・職名) <small>※見学される方全員を記載</small>	
見学場所	
見学目的	
「ワクチン接種・ 感染症状況報告書」 記載内容問合せ先  <small>※「ワクチン接種・感染症 状況報告書」を提出する場合</small>	部 署： 氏 名： 電話番号：

### 【本件事務担当】

所属  
住所  
電 話  
FAX  
E-mail：