

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) ※見学される方全員を記載	
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 ※「ワクチン接種・感染症 状況報告書」を提出する場合	部 署： 氏 名： 電話番号：
群馬大学側 受入担当部署 ※内諾を得られている場合	部 署： 氏 名： 連絡先：