

F A X 番号 : 075-771-0528

「リモート面会」申込書

患者・利用者名 _____ 病棟 : (_____)

申込者氏名 _____ (続柄 _____)

申込者住所 _____

連絡先 (自宅) (_____) - _____

連絡先 (携帯電話) - _____

Skype ID _____

面会希望日 第 1 希望日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時

第 2 希望日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時

面会予定者 _____ 名

リモート面会場所 病院内(外来) 病院外

遵守事項

1. 「リモート面会」は、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」の利用はしばらくの間、1 回を予定していますが、申込多数の場合は困難な場合があります。
3. 「リモート面会者」は、家族のみとし、1 回に 3 名迄とします。
4. 感染予防のため、病院での面会の場合は事前に検温・手指消毒・マスク着用をして頂きます。
5. 面会中は同席者と 1m 程の間隔を空けて、横並びで行って頂きます。
6. 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。
7. 利用については、職員の指示に従ってください。
8. 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。
なお、指示に従って頂けない場合は、中止もしくは終了させて頂くこともございます。

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

代表者氏名 _____