

院内担当部署

年 月 日

院内通行許可願

藤田医科大学ばんだね病院
病院長様

所在地.....

会社名.....(印)

責任者名.....(印)

電話番号.....

貴院との業務取引のため、下記の者の院内通行許可をいただきたく、お願い申し上げます。

記

業 種	(ふりがな) 通 行 者 名	携 帯 電 話 番 号	院 内 訪 問 部 署

【確認事項】

- ・病院駐車場は患者専用です。ご利用はご遠慮ください。
特に平日午前中は、大変混雑しています。利用しないで下さい。
- ・午前中の院内通行は、納品及び職員からの連絡以外ご遠慮ください。
- ・医局への訪問は原則 16時以降 お願いします。(医師のアポイント・納品は除く)
- ・登録時に同意をした個人情報の保護に関する誓約書・院内通行許可における確認事項に違反し病院通行禁止を指示されても、一切意義申し立ていたしません。

上記事項について、同意します。

会社名.....

通行者氏名 (自署).....

※ 署名後の本紙を本人控えとして保存すること

以上