オンライン面会申込書

1）患者（入所者）さま

施設：＊該当施設に〇をつけてください。

（　　）熊本光洋台病院　　（　　）介護老人保健施設「光乃里」

（　　）グループホーム「みんなの光」

氏名（　　）

2）面会者さま

氏名（　　）続柄等（　　）

連絡先　携帯（スマートフォン）電話番号（　　）

3）希望日時　　月　　日（　　曜日）　（　　：　　）～（　　：　　）

熊本光洋台病院	火曜日、水曜日、金曜日の 14：00～15：00
介護老人保健施設「光乃里」	火曜日、水曜日、金曜日の 14：00～15：00
グループホーム「みんなの光」	土日祝日を除く平日の 14：00～15：00

4）FAX 番号

熊本光洋台病院および介護老人保健施設「光乃里」　　FAX：0964-28-6017

グループホーム「みんなの光」　　FAX：0964-28-7700