

オンライン面会 申請書

茨城県立中央病院長殿

次のとおり、オンライン面会を申請します。

※ 太枠内をご記入ください

	申込日	年	月	日
患者様氏名				
面会者様氏名	続柄 ()			
電話番号				
メールアドレス				
接続場所	<input type="checkbox"/> 院 外			
	<input type="checkbox"/> 病院内別室 (病院貸出タブレット) <input type="checkbox"/> 病院内別室 (持ち込み機器) ※ 病院内別室：ダイルームやカンファレンスルームなど ※ 面会者様用 WI-FI がございません。持ち込み機器ご使用の際はご注意ください。			
希望日時	オンライン面会は平日 14 時～17 時となります (面会時間 30 分程度)			
第1希望	月	日	時頃	
第2希望	月	日	時頃	
第3希望	月	日	時頃	
注意事項	※以下の内容を確認いただき <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。			
	<input type="checkbox"/> オンライン面会には「Skype」を使用いたします。 別紙参照の上ご準備ください。 ※面会者様が、Skype 環境をご用意できない場合などは、病院内別室での オンライン面会も可能です。			
	<input type="checkbox"/> アプリの設定等のサポートはできませんのであらかじめご了承ください。			
	<input type="checkbox"/> ビデオ通話を目的としており、病状説明等にご遠慮頂いております。 <input type="checkbox"/> 機器トラブルや予期せぬ理由により中止させて頂く場合があります。			
病院記入欄	病室 _____ 号室			
	面会日時 月 日 時 分			

面会時間につきましては決定後、メールにてご連絡さしあげます (申請後おおよそ5日以内)

※迷惑メールフィルター等のサービスをご利用の場合は

「chubyoin.pref.ibaraki.jp」からのメール受信が出来るように設定をお願いいたします。

主治医	師長	受付