**■クリニクラウン病棟訪問希望ヒアリングシート**

クリニクラウンの訪問を希望される方は、ヒアリングシートにご記入の上、以下のメールアドレスに送付してください。メールを確認次第、協会事務局よりご連絡させていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 |  | |
| 訪問病棟名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| ご担当者さま | 氏名 |  |
|  | 部署名 |  |
| E-mail |  |
| 電話 |  |
| Fax |  |
| 訪問希望日程（※1） | |  |
| 訪問病棟の特徴及び病床数など | |  |
| 費用について（※2）  いずれかに☑してください | | □当協会への寄付金での実施希望  □病院が費用負担を検討している  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（※1）　 訪問希望日程は、複数の候補日程をおねがいします。○月頃の訪問希望・○曜日を希望など、具体的なご希望をお聞かせください。訪問日程は、メールでいただいた情報を参考に、当協会から訪問調整ができる日程の候補をあげ、訪問を希望されている病院の担当者様と相談の上、決定します。

（※2） 訪問の費用は、当協会への寄付金での実施希望か、病院での費用負担を検討しているかなどお聞かせください。当協会への寄附金での実施の場合は、状況によりお待たせする場合があります。ご迷惑をおかけしますがどうぞよろしくお願いいたします。

認定NPO法人　日本クリニクラウン協会

〒530-0053大阪市北区末広町3-11天しもビル3B

TEL：06-4792-8716　FAX：06-4792-8746

E-mail:info@cliniclowns.jp　　　<http://www.cliniclowns.jp>