

■クリニックラウン Web 訪問希望ヒアリングシート(病院・施設対象)

クリニックラウンの訪問を希望される病院・施設の方は、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・施設・団体名		
住所	〒	
ご担当者さま	氏名	
	部署名	
	E-mail	
	電話	
	Fax	
Web 訪問希望日程 (※1)		
企画内容		
対象者 (構成・人数など)		
費用について (※2) いずれかに☑してください	<input type="checkbox"/> 当協会への寄付金での実施希望 <input type="checkbox"/> 病院や施設が費用負担を検討している <input type="checkbox"/> その他 ()	
備考 (伝えたいことなど)		

(※1) Web 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、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、病院や施設などでの費用負担を検討しているかなどをお聞かせください。当協会への寄付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 日本クリニックラウン協会
〒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>