■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。〇月頃の訪問希望・〇曜日を希望など、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